



UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM
PSICOLOGIA - MESTRADO



Jimilly Caputo Corrêa

**O ENVELHECIMENTO PELA ÓTICA DE RESIDENTES EM INSTITUIÇÕES DE
LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSOS**

Juiz de Fora
2011



UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM
PSICOLOGIA - MESTRADO



JIMILLY CAPUTO CORRÊA

**O ENVELHECIMENTO PELA ÓTICA DE RESIDENTES EM INSTITUIÇÕES DE
LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSOS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia, área: Processos Psicossociais em Saúde, da Universidade Federal de Juiz de Fora, como requisito parcial à obtenção do grau de Mestre em Psicologia por Jimilly Caputo Corrêa
Orientadora: Prof^a. Dr^a. Maria Elisa Caputo Ferreira

JUIZ DE FORA
2011

Corrêa, Jimilly Caputo.

O envelhecimento pela ótica de residentes em instituições de longa permanência para idosos / Jimilly Caputo Corrêa. – 2011.
108 f. : il.

Dissertação (Mestrado em Psicologia)-Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2011.

1. Filantropia. 2. ILPI. 3. Percepção. 4. Envelhecimento. I. Título.

CDU 378.3(73):177.7

Jimilly Caputo Corrêa

**O ENVELHECIMENTO PELA ÓTICA DE RESIDENTES EM INSTITUIÇÕES DE
LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSOS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Juiz de Fora como requisito parcial à obtenção do grau de Mestre em Psicologia.

BANCA EXAMINADORA

Presidente: Prof^ª. Dr^ª. Maria Stella Tavares Filgueiras
Universidade Federal de Juiz de Fora

Titular: Prof^ª. Dr^ª. Maria Aparecida Conti
Universidade de São Paulo

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Maria Elisa Caputo Ferreira
Universidade Federal de Juiz de Fora

Dedico esta dissertação à Tia Cizinha, Tia Geralda, Arnor, Vanilda, Maria Inês, Tio Miguel (in memoriam) e Tia Liquita (in memoriam), pessoas que muito contribuíram para a realização deste trabalho.

AGRADECIMENTOS

Sei que ainda tenho muito a aprender, pois, a cada instante, quem estuda sabe que sempre há uma longa caminhada em busca do conhecimento. É uma tarefa difícil nomear todas as pessoas envolvidas neste trabalho. Agradeço a todos que, direta ou indiretamente, participaram desta dissertação.

À Prof^a. Dr^a. Maria Elisa Caputo Ferreira, orientadora deste trabalho, que muito me ensinou, orientou e sempre me incentivou para seguir em frente.

À Prof^a. Dr^a. Maria Aparecida Conti, por ter aceitado, prontamente, o convite para compor a Banca de Defesa e dar contribuições importantes.

À Prof^a. Dr^a. Eliane Ferreira Carvalho Banhato, pela participação nas bancas e por me ajudar sempre que solicitada.

À Prof^a. Dr^a. Maria Stella Tavares Filgueiras, pela participação na qualificação e aceitar o convite para participar do desenvolvimento deste trabalho.

Aos meus pais, Carlos Henrique e Áurea, que enxugaram minhas lágrimas em momentos difíceis, sorriram, vibraram em tempos de alegria e sempre estiveram comigo. Eles sabem que eu os amo muito. Em especial, agradeço ao meu pai Carlos Henrique, por sempre me proporcionar a leitura dos trabalhos.

Aos meus irmãos, Jade e Willian, pelo carinho. Um carinho especial à minha irmã Jade, que, pacientemente, ilustrou este trabalho com seus estudos.

Ao meu namorado, André, por ter compreendido minhas ausências, emprestar-me suas ferramentas de trabalho, aceitar meu jeito difícil de ser e estar ao meu lado em todos os momentos.

Aos meus familiares, pela força para que eu pudesse alcançar meus objetivos.

Às meninas brilhantes, Juliana e Maysa, que, com paciência e muita escuta, fizeram-me reviver os momentos em que estive ao lado dos idosos participantes da pesquisa.

Aos participantes do Grupo de Estudos Processos Psicossociais e Cultura do Corpo, que estiveram comigo durante este tempo, compreenderam meus momentos de ausência, muito obrigada!

À Vanessa, que esteve a meu lado, apoiando-me, esclarecendo minhas dúvidas, ajudando-me nos momentos de muito trabalho e que se tornou uma grande amiga para mim. Agradeço a paciência, a compreensão. Saiba que, com você, aprendi o que é uma amiga, pois, apesar de tudo, esteve comigo. Para sempre, serei grata por tudo o que você fez por mim.

À Claudinha, uma parceira de estudos que encontrei na área da Gerontologia e apresentou-me aos diversos estudiosos em envelhecimento, ajudando-me muito nesta caminhada. Com você, soube o verdadeiro valor da amizade e fico feliz por poder chamá-la de minha amiga!

À Jéssica, com quem participei de artigos, trabalhos, projetos, e que me incentivou e apoiou neste estudo. Obrigada, sempre!

Ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), por me acolher em suas instalações, e à Nilcimara, sempre pronta a me auxiliar. Agradeço também ao auxílio da bolsa de estudos para que pudesse realizar esta pesquisa.

À Leila, por todo auxílio na correção desta dissertação.

Às Instituições de Longa Permanência de Idosos, que me acolheram, abriram as portas e me deixaram realizar mais esta pesquisa, muito obrigada!

Às pessoas que aceitaram participar do estudo, que me receberam com carinho e com quem fiz grandes amizades.

À Tia Cizinha, Tia Geralda, Arnor, Vanilda, Maria Inês, e ao Tio Miguel (*in memoriam*) e à Tia Liquita (*in memoriam*), pessoas que jamais esquecerei e que, mesmo sem saber, deram-me forças para que este trabalho fosse realizado.

A todos que me ajudaram para que este estudo fosse concretizado, meu agradecimento sincero.

“Bom seria se o Tempo não fosse visto como um inimigo e pudéssemos abraçar as rugas e calvícies com a mesma ternura com que seguramos a mão de uma criança. Entender a vida como um corpo único talvez fosse um meio de alcançarmos a eternidade, então entenderíamos o Tempo não como algo a ser combatido, mas como um grande amigo que nos abre as portas para a sabedoria”.

(DANILO SANTOS DE MIRANDA, 2007)

RESUMO

A sociedade vive o fenômeno do envelhecimento populacional, e, como consequência, há necessidade de adaptação às profundas mudanças sociais, econômicas e culturais. A responsabilidade pelo idoso é atribuída, fundamentalmente, à família; no entanto, muitas vezes, os familiares se veem impedidos de dar atenção e oferecer os cuidados necessários aos seus idosos, optando pela institucionalização dos mesmos. Este estudo teve como objetivo caracterizar idosos que vivem em quatro Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs) das cidades de Juiz de Fora/MG e São Paulo/SP (duas particulares e duas filantrópicas) e descrever suas condições cognitivas e funcionais, como também suas representações sobre o envelhecimento e sua institucionalização. A pesquisa constituiu-se como um estudo exploratório com abordagem quanti-qualitativa. Os dados quantitativos foram obtidos por meio do levantamento e da análise de dados sociodemográficos e de aplicação dos testes: Mini-Exame do Estado Mental (MEEM) e instrumento de Lawton-Brody. Para obtenção dos dados qualitativos, foi utilizada a entrevista semiestruturada com questões abertas sobre envelhecimento. A amostra foi composta por 130 idosos institucionalizados, de ambos os sexos. Nas ILPIs particulares, a média de idade foi 83,51 (DP= 9,36) anos, sendo a maioria do sexo feminino (76%) e viúvos (66,7%). Nas instituições filantrópicas, a média de idade foi de 75,38 (DP= 8,44), sendo 56,4% do sexo masculino e 43,6% solteiros. Com relação à capacidade cognitiva, os idosos das instituições particulares apresentaram-se menos comprometidos em relação aos das ILPIs filantrópicas. Quanto à capacidade funcional, nas instituições particulares e filantrópicas, o número de idosos independentes foi maior do que o número de dependentes. Os textos resultantes da transcrição integral das entrevistas foram submetidos à Análise de Conteúdo, sendo que o envelhecimento foi percebido tanto de forma positiva quanto como sinônimo de decadência e perdas para as ILPIs. Foi frequente os idosos destacarem poucos aspectos positivos no processo de envelhecimento, mas, ao ressaltarem esses aspectos, disseram ser um processo natural do ciclo de vida do ser humano e que deve ser vivenciado sem amargura. Com relação a envelhecer em ILPIs, os participantes apontaram pontos positivos e negativos, como se sentirem em local seguro, terem companhia de outras pessoas e não ficarem sozinhos em casa; todavia, alguns idosos de instituições filantrópicas relataram querer voltar para sua residência. No que se concerne ao local para envelhecer, 59,23% do total de entrevistados, de ambas as instituições, relataram que a ILPI em que residiam era o melhor local para envelhecer. As instituições ainda são vistas de maneira preconceituosa, mas estas nem sempre são o local onde se abandona e se negligencia a velhice. A partir dos relatos apresentados pelos entrevistados, observou-se que, para o idoso, a percepção de envelhecimento aparece como um processo de constantes perdas, trazendo a sensação de não poder mais viver sua vida de forma plena nem de relacionar-se com o futuro. No entanto, apesar de a velhice estar ainda vinculada às construções das ideias de declínio das funções vitais e de morte, notou-se a importância de não se reduzir o envelhecimento à homogeneização, pois há aqueles que percebem esse processo do envelhecimento de forma natural, como mais uma etapa da vida.

Palavras-chave: ILPI. Percepção. Envelhecimento.

ABSTRACT

The society lives the phenomenon of population aging, consequently, it is necessary to adapt to profound changes in social, economic and cultural issues. Responsibility for the elderly is attributed fundamentally to the family, but family members often find themselves unable to pay necessary attention and care to their elderly, opting for the institutionalization. This study aimed to characterize the elderly living in four long-term care institutions for the elderly (ILPIs) in the cities of Juiz de Fora/MG and São Paulo/SP (two private and two philanthropic), and describe their cognitive and functional conditions, as well as their representations of aging and their institutionalization. The research was established as an exploratory study with quantitative and qualitative approach. Quantitative data were obtained through the survey and analysis of demographic data, and application of tests: Mini-Mental State Examination (MMSE) and the instrument of Lawton-Brody. To obtain qualitative data was used semi-structured interview with open questions about aging. The sample consisted of 130 institutionalized elderly of both sexes, of private and philanthropic institutions. In particular ILPIs the average age was 83,51 (SD = 9,36) years, mostly female (76%) and widowers (66,7%). In philanthropics average age was 75,38 (SD = 8,44) and 56,4% male and 43,6% were single. Concerning the elderly cognitive ability of private institutions were less affected than those of philanthropic ones ILPIs. The functional capacity in the private and philanthropic institutions, the number of independent elderly was higher than the dependent. The text resulting from the full transcription of the interviews were subjected to content analysis which appointed that aging was perceived as positive or synonymous of decadence and losses in the four ILPIs researched. It was common for elderly people showing few positive aspects in the aging process, but by highlighting these issues they used to perceive aging as a natural process of the human being circle of life that should be experienced without bitterness. With respect to aging in an institution the participants pointed negative and positive points, how they feel in a safe place, to have the company of others and not be alone at home, but some elderly people said they want to return to their home. Regarding the place to grow old 59,23% of the total respondents, in both institutions, reported that ILPI they lived was the best place to grow old. The institutions are still so prejudiced views, but these are not always leave the place where old age and neglect. From the accounts given, it was observed that, for the elderly, the perception of aging appears as a process of constant losses, bringing the feeling of not being able to live their potential and fully relate to the future. However, although the aging processes is still linked to the ideas of decline of vital functions and death, it was noted the importance of not reducing the aging to homogenization, because those who perceive the aging in a natural way, as another stage of life.

Keywords: ILPI. Perception. Ageing.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Gráfico 1	Distribuição da população por sexo, segundo os grupos de idade – Juiz de Fora/MG – 2010.....	41
Gráfico 2	Distribuição da população por sexo, segundo os grupos de idade – São Paulo/SP – 2010.....	41
Tabela 1	Frequência de cada ILPI.....	107
Tabela 2	Caracterização das ILPIs filantrópicas e particulares de Juiz de Fora e São Paulo.....	64
Tabela 3	Capacidade cognitiva e funcional dos idosos, agrupados por instituições filantrópicas e particulares.....	65
Quadro 1	Forma de perceber o envelhecimento e associações quanto ao mesmo em ILPIs particulares e filantrópicas.....	66
Quadro 2	Percepções acerca das ILPIs pela ótica de residentes de ILPIs particulares e filantrópicas.....	68
Quadro 3	Local para envelhecer pela ótica de residentes de ILPIs particulares e filantrópicas.	70

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACISPES	Agência de Cooperação Intermunicipal em Saúde Pé da Serra
AIVD	Atividade Instrumental de Vida Diária
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
AVCB	Auto de Vistoria do Corpo de Bombeiros
AVD	Atividades de Vida Diária
CERAD	Consortium to Establish a Registry for Alzheimer's Disease
CMAS	Conselho Municipal de Assistência Social
CMI	Conselho Municipal do Idoso
CNAS	Conselho Nacional e Municipal de Assistência Social
CONEP	Conselho Nacional de Ética em Pesquisa
DNA	Ácido desoxirribonucleico
EUA	Estados Unidos da América
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IGP-M	Índice Geral de Preços do Mercado
ILPIs	Instituições de Longa Permanência para Idosos
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
LABESC	Laboratório de Estudos do Corpo
MEEM	Mini-Exame do Estado Mental
MIF	Medida de Independência Funcional
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PNI	Política Nacional do Idoso
QPAF	Questionário Pfeffer de Avaliação Funcional
SBGG	Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFJF	Universidade Federal de Juiz de Fora

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	13
2	REFERENCIAL TEÓRICO.....	17
2.1	ABORDAGENS SOBRE O ENVELHECIMENTO.....	17
2.1.1	Aspectos demográficos.....	19
2.1.2	Aspectos biopsicossociais.....	21
2.1.3	Avaliação psicológica do idoso.....	26
2.2	INSTITUCIONALIZAÇÃO NO ENVELHECIMENTO.....	28
2.2.1	Instituições de Longa Permanência para Idosos.....	28
2.2.2	Idosos, relações familiares e modalidades de atendimento.....	31
2.2.3	Institucionalização na região Sudeste.....	35
3	PERCURSO METODOLÓGICO.....	43
3.1	MODELO DE ESTUDO.....	43
3.2	POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	45
3.3	INSTRUMENTOS.....	46
3.3.1	Instrumentos quantitativos.....	46
3.3.2	Instrumento qualitativo.....	48
3.4	PROCEDIMENTOS.....	49
3.5	ANÁLISE DOS DADOS.....	50
3.6	CARACTERIZAÇÃO DAS ILPIs.....	51
3.6.1	ILPI 1 – Instituição filantrópica em Juiz de Fora/MG.....	51
3.6.2	ILPI 2 – Instituição particular em Juiz de Fora/MG.....	54
3.6.3	ILPI 3 – Instituição filantrópica em São Paulo/SP.....	56
3.6.4	ILPI 4 – Instituição particular em São Paulo/SP.....	59
4	RESULTADOS.....	63
4.1	RESULTADOS QUANTITATIVOS.....	63
4.1.1	ILPIs filantrópicas e particulares.....	63
4.2	RESULTADOS QUALITATIVOS.....	66

5	DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	71
5.1	DISCUSSÃO DOS DADOS APRESENTADOS QUANTITATIVAMENTE.....	71
5.2	DISCUSSÃO DOS DADOS APRESENTADOS QUALITATIVAMENTE.....	76
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	87
	REFERÊNCIAS.....	91
	ANEXOS.....	98

1 INTRODUÇÃO

A profunda transformação da estrutura das pirâmides etárias, atualmente, contribui para que a velhice ganhe cada vez mais espaço nas discussões sobre o presente e o futuro do país. A longevidade e o aumento da expectativa de vida de um indivíduo, além da baixa fertilidade das mulheres, indicam que, cada vez mais, haverá presença de pessoas idosas nas cidades (IBGE, 2010). Em decorrência disso, problemas de diversas ordens passam a se multiplicar e ganhar espaço na sociedade.

Este estudo teve como objetivo geral caracterizar o desempenho cognitivo e funcional do idoso, além de sua percepção sobre envelhecimento e institucionalização na velhice. E como objetivos específicos: estudar e caracterizar os aspectos biopsicossociais no envelhecimento; comparar os idosos de dois tipos de instituições – filantrópicas e particulares, com relação: a condições cognitivas, a condições funcionais, à percepção sobre envelhecimento e à percepção sobre a própria institucionalização.

Para dar início a esta investigação, procedeu-se a uma revisão teórica, um levantamento de estudos/pesquisas, a fim de se verificar o que as produções científicas vêm abordando sobre o tema. Para analisar a produção científica, o procedimento adotado foi a busca por referências bibliográficas de resumos e seus complementos na base de dados *PsycInfo*, organizada pela *American Psychological Association*. Esta foi escolhida por ser considerada uma das mais relevantes no âmbito científico da Psicologia e por agrupar as revistas de maior expressividade no meio.

Esta busca pelo material que foi publicado não levou em consideração um recorte temporal, ou seja, foram utilizados artigos disponibilizados na base de dados, a partir dos descritores envelhecimento e instituição. Foram encontrados poucos estudos com relação à Institucionalização, qual sejam 49 (quarenta e nove) e somente 26 (vinte e seis) trabalhos, quando foram tomados juntos o envelhecimento e a institucionalização.

Para possibilitar maior abrangência na busca, utilizou-se a ferramenta *Term Finder*, a fim de que fossem encontrados termos indexados pela base de dados. Dessa forma, foram utilizados os termos *Nursing Homes*¹ (*Establishments where maintenance and personal or nursing care are provided for persons (as the aged or chronically ill) who are unable to care for themselves* – significado extraído da base de dados *PsycInfo*) or *Residential Care*

¹ Estabelecimentos onde a manutenção e os cuidados pessoais ou de enfermagem são fornecidos para pessoas (como os idosos ou doentes crônicos) que são incapazes de cuidar de si.

*Institution*² (*Facilities where individuals or patients live and receive appropriate treatment or care* – também extraído da base de dados *PsycInfo* – para designar instituição) e *Aging* (indexador para envelhecimento).

Na busca pelo descritor *Nursing Homes or Residential Care Institution*, foi utilizado o conectivo *or*, que priorizou trabalhos de um ou outro assunto; já na segunda parte da busca, *Aging and Nursing Homes or Residential Care Institution*, o conectivo *and* foi escolhido com a intenção de que fossem priorizados artigos que tratassem desses dois temas. Outra opção de filtragem foi utilizar o artigo de forma que só fossem mostrados artigos cujos conteúdos tivessem *Aged Group* – que classificam pessoas idosas como sendo aquelas com mais de 65 anos.

Na busca pelos indexadores *Nursing Homes or Residential Care Institution* com o *Aged Group*, foram encontrados 49 estudos, caracterizados como estudos empíricos, longitudinais, quantitativos, replicação experimental, estudo de acompanhamento, revisão bibliográfica, além de estudo de caso não clínico. Os temas dos artigos eram ligados a aspectos psicossociais, incluindo formas de terapias com idosos, depressão, relação cuidador X idoso; aspectos da saúde, compreendendo os comprometimentos cognitivos e as limitações funcionais, reabilitação e aspectos ligados à validação de escalas.

Ao buscar os indexadores *Aging and Nursing Homes or Residential Care Institution* com o *Aged Group*, foram encontrados 26 artigos. O tipo de metodologia utilizada foi: estudo empírico, estudo longitudinal, estudo quantitativo e revisão de literatura. Quanto ao ano de publicação, variou de 1987 a 2010, sendo o ano de 1990 com maior publicação (6), sendo que, em 2010, houve apenas 1 (uma) publicação. Observou-se que os artigos localizados com esses indexadores foram os mesmos que apareceram na pesquisa anterior.

Os trabalhos encontrados nas buscas estavam dentro da categoria *Journal Article*, isto é, classificados como artigos científicos. Depois da pesquisa bibliográfica e das reflexões sobre o tema, passou-se para a etapa da pesquisa de campo. Com vistas a avaliar e comparar os idosos de dois tipos de ILPIs, foi realizada a aplicação de testes nos idosos residentes nas instituições pesquisadas para verificar as condições cognitivas e funcionais deles.

Quanto à avaliação psicológica do idoso, neste estudo, foram utilizados os testes Mini-Exame do Estado Mental (MEEM), para avaliação da capacidade cognitiva, e a Escala de Lawton-Brody, para verificação da capacidade funcional. Também foi realizada uma pesquisa na mesma base de dados, sem recorte temporal, com os descritores “psicometria” e

² Instalações onde os indivíduos ou os pacientes vivem e recebem tratamento apropriado ou cuidado.

“envelhecimento”. Utilizou-se a ferramenta *Term Finder*, a fim de que fossem encontrados termos indexados pela base de dados. Desse modo, foram utilizados os termos *Psychometrics*³ (*Subdiscipline within psychology dealing with the development and application of statistical techniques to the analysis of psychological data. Also, psychological measurement in which numerical estimates are obtained of a specific aspect of performance* – significado extraído da base de dados *PsycInfo*) e *Aging* (indexador para envelhecimento).

Foi utilizado o conectivo *and* com a intenção de que fossem priorizados artigos que tratassem desses dois temas. Também foi feita uma pesquisa, utilizando-se a opção de filtragem de artigos cujos conteúdos tivessem *Aged Group*.

Na busca pelos indexadores *Psychometrics and Aging*, foram encontrados 7 estudos, caracterizados como estudos empíricos, longitudinais, quantitativos, estudo de acompanhamento e revisão bibliográfica. Os temas dos artigos eram ligados a aspectos da possível inadequação psicométrica, aplicação de testes, habilidades psicométricas e revisão de literatura dos testes psicológicos. Quanto ao ano de publicação, notou-se que a última publicação foi de 2011 (1 artigo/junho) e o maior número de artigos (2) foi encontrado em 2007.

Ao buscar os indexadores *Psychometrics and Aging* com o *Aged Group*, foram encontrados 13 artigos, sendo 4 encontrados na busca com os descritores anteriores. O tipo de metodologia utilizada foi, basicamente, a mesma: estudo empírico, estudo longitudinal, estudo quantitativo e de acompanhamento; quanto ao ano de publicação, variou de 1990 a 2011, sendo os anos de 1992, 2007 e 2008 com maior número de publicações (2) e, no ano de 2011, houve apenas 1 (uma) em junho. Os assuntos desses artigos eram a possível inadequação psicométrica, habilidades psicométricas e a maioria (8) aplicação de testes.

Todos os trabalhos encontrados nessas duas buscas também estavam dentro da categoria *Journal Article*.

A partir dessas análises bibliográficas, pode-se perceber que o envelhecimento, mais especificamente em instituições, configura-se como um fenômeno que merece ser melhor investigada. Portanto, torna-se necessário criar um espaço de estudos em que seja discutido o processo do envelhecimento em instituições e suas avaliações.

A construção desse corpo teórico pautou-se em obras de autores representativos da área, entre os quais se destacam: Beauvoir (1990), Boff (1999), Debert (1999), Neri

³ Especialidade dentro da Psicologia que busca lidar com o desenvolvimento e a aplicação de técnicas estatísticas para a análise dos dados psicológicos. Também, a medição psicológica em que estimativas numéricas são obtidas de um aspecto específico do desempenho.

(2007a,b, 2008), Alcântara (2004), Paula (2010), Corteletti, Casara e Herédia (2010), Groisman (1999), Karsch (2003), Khoury et al. (2009), Papalia, Olds e Feldman (2006), Pollo e Assis (2008).

Foram abordadas, no primeiro capítulo, questões gerais relativas ao envelhecimento populacional, a avaliação psicológica do idoso e sobre a institucionalização no envelhecimento. A partir da discussão do referencial teórico, traçou-se o percurso metodológico, no terceiro capítulo. Depois foram apresentados os resultados, os quais foram divididos na caracterização das ILPIs e do perfil da amostra. Nas discussões dos resultados, foram destacadas as capacidades cognitivas e funcionais dos idosos das ILPIs filantrópicas e particulares de duas cidades (Juiz de Fora e São Paulo), além de apresentar a percepção do envelhecimento, dividida em três grandes categorias: envelhecimento, ILPI e local para envelhecer. Dessa forma, pôde-se chegar às conclusões deste estudo, apresentadas no capítulo das considerações finais. Vale lembrar que, quanto às entrevistas, estas foram trabalhadas a partir do que foi apurado por meio dos depoimentos dos idosos e do tratamento dos dados, tendo por base o referencial teórico da Análise de Conteúdo (Bardin, 1977, 2009).

O ciclo deste estudo foi fechado com as considerações finais, ficando claro que o tema em questão, como ocorre em qualquer outra pesquisa, não se esgotou, na medida em que o trabalho de campo contou com a participação de apenas 4 (quatro) instituições: filantrópicas e particulares.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

*Porque nós somos do tamanho do que vemos
E não do tamanho da nossa altura.*
Fernando Pessoa⁴

2.1 ABORDAGENS SOBRE O ENVELHECIMENTO

A Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), com a concordância do Ministério da Saúde, define o envelhecimento como um processo constante, individual, irreversível, comum a todos os seres vivos, esperado, de deterioração progressiva (Morais, Rodrigues, & Gerhardt, 2008). Considerando os fatores genéticos individuais e específicos, traduz o processo universal das mudanças humanas do envelhecer, registrando diminuição de plasticidade do comportamento, vulnerabilidade aumentada, perdas cumulativas e evolutivas e, claro, maior probabilidade de morte. Biologicamente, o envelhecer compreende transformações orgânicas de pós-maturação sexual, que geram essa diminuição gradativa das probabilidades de tempo e de vida (Neri, 2008).

Em todo o mundo, observa-se o envelhecimento ao longo do tempo e desde sempre. Os países em desenvolvimento vêm apresentando um progressivo declínio em suas taxas de mortalidade e fecundidade, o que resulta no envelhecimento de suas populações, à semelhança do que continua ocorrendo, ainda que em escala menos acentuada, nos países desenvolvidos (Paula, 2010).

No século XVIII, a palavra “velhice” não possuía conotação pejorativa e denominava aqueles que possuíam poder aquisitivo, e a imagem do velho era associada ao que se assemelharia a “bom pai” ou “bom cidadão”. A velhice só existia para aqueles que ocupavam a camada mais rica da sociedade e ainda dispunham de força de trabalho, oferecendo-a para desenvolver determinadas atividades, mas nem sempre esse fenômeno apresentou-se dessa forma. *Velhice*, já no século XIX, na França, tinha por definição pessoas que não podiam assegurar seu futuro financeiro, designando-se, como velho, *vieux*, ou velhote, *vieillard*, aqueles que não tinham *status* social. A definição para idoso traduzia-se por *personne âgée*, ou seja, aqueles que viviam socialmente bem (Peixoto, 2006).

⁴ Fragmento do poema “Maneiras de ver...”, extraído do site <<http://juliribeiro.wordpress.com/2007/04/09/maneiras-de-ver%E2%80%A6/>>. Acesso em: 29 ago. 2011.

De acordo com Debert (1999), o livro *A velhice*, de Simone de Beauvoir, publicado no Brasil em 1970, rompeu o silêncio que se dava ao tema do envelhecimento. O crescimento da população idosa, somado à crescente legitimidade que o envelhecimento ganhou no campo das preocupações sociais atuais, incluindo também interesses de mercado, acabou produzindo uma nova categoria cultural: os idosos. Nos anos 1980, fala-se em “idoso” e não em “velho”. A partir dessa década, o idoso brasileiro se torna um ator político cada vez mais visível na sociedade, ocupando um espaço na mídia e recebendo atenção especial da indústria do consumo, do lazer e do turismo. São os chamados grupos da Terceira Idade e referem-se àqueles idosos que estão em condições financeiras e de saúde razoavelmente boas, permitindo-lhes desfrutar o tempo da velhice com qualidade de vida, como mais uma etapa do ciclo vital, passível de mudanças e transformações (Debert, 1999).

Ou seja, o cenário dramático da velhice, associado à pobreza e aos múltiplos preconceitos que reforçavam suas incapacidades e perdas, passa a coexistir, a partir dos anos 1980, com uma nova forma de velhice – saudável e ativa –, sob a denominação de Terceira Idade. Esse termo, mais do que uma referência a uma idade cronológica, refere-se a um novo *ethos*, estilo de vida, para se viver a velhice na contemporaneidade. A imagem positiva do envelhecimento, no contexto brasileiro, começou com a criação das Universidades Abertas para Terceira Idade e dos Centros de Convivência para Idosos (Debert, 1999; Scharfstein, 2006; Barros, 2004).

Desse modo, verifica-se que as concepções mudam ou são variáveis de uma nação para outra, de um povo para outro. Enquanto alguns têm um pensamento e uma visão que possibilitam a melhoria da qualidade de vida dessa população, outros, com valores aparentemente opostos e até no extremo daqueles, dentro de uma visão negativa, trazem uma atitude não otimista (Davidoff, 2001).

Os idosos japoneses, por exemplo, percebem o envelhecimento de maneira diferente dos idosos do Brasil, pois são considerados e respeitados dentro dos valores do país; eles detêm a sabedoria, a maturidade e a expansão espiritual. O respeito que lhes é devido chega ao ponto de serem eles a orientar e decidir nas questões familiares mais críticas quando consultados e, nessa cultura, desvalorizá-los significaria uma desonra e um ato digno de desaprovção social (Davidoff, 2001).

Nos Estados Unidos da América (EUA), com evidências de cultura capitalista, onde são cultivadas a beleza e a juventude, envelhecer passa a ideia de fraqueza, impotência e desvalorização. Isso resulta em consequências culturais, como, por exemplo, os idosos registram maior probabilidade de ficar enfermos, apresentam mais casos de depressão,

transtornos de ansiedade e, em casos extremos, há dados que mostram até casos de suicídio (Davidoff, 2001).

No Brasil, o envelhecimento tem sido registrado de formas variadas; por isso, é preciso não apenas observar os idosos somente de um lugar e de outro, como também de indivíduo para indivíduo, para que seja possível entender melhor o envelhecimento populacional. Com leis específicas, os direitos do idoso já podem ser vistos como “os direitos daqueles que trazem uma vasta bagagem como aprendizado”. Regulamentadas no Estatuto do Idoso, algumas garantias como usufruir, gratuitamente, do transporte coletivo público ou semipúblico a partir dos 65 anos de idade, e outros como descontos de no mínimo 50% em eventos recreativos, aos 60 anos de idade, e o direito a um salário mínimo a partir dos 67 anos de idade, caso seja comprovada invalidez ou incapacidade familiar de sustentá-lo (Brasil, 2008).

Para melhor compreender esse envelhecimento populacional, observado na mudança da estrutura etária da população, faz-se necessário, então, entender os aspectos demográficos desse envelhecimento da população.

2.1.1 Aspectos demográficos

O Brasil, como um país em desenvolvimento, considera que 60 anos seja a idade para uma pessoa ser considerada idosa. Isso foi estabelecido pela Organização das Nações Unidas (ONU) durante a Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento, em Viena – Áustria, em 1982, diferentemente dos países desenvolvidos, em que essa idade passa para 65 anos (Carvalho, & Garcia, 2003).

O envelhecimento populacional se dá, prioritariamente, com a queda da fertilidade: quanto menor o número de crianças entrando na população, menor a proporção de jovens nessa população. Quando há também declínio da taxa de mortalidade, haverá aumento da expectativa de vida da população; nesse caso, o processo de envelhecimento torna-se ainda mais acentuado (Kalache, 1987).

Em outros dados apresentados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010), encontrou-se que o aumento da esperança de vida ao nascer e a queda da fecundidade no Brasil tem reportado ao crescente número de idosos. Nessa pesquisa do IBGE (2010), observa-se que, entre 1999 e 2009, esse crescimento foi de 6,4 milhões para 9,7

milhões; em termos percentuais, a proporção de idosos subiu de 3,9% para 5,1%, e, no mesmo período (1999 e 2009), o número de crianças e adolescentes diminuiu de 40,1% para 32,8%. Este fenômeno tem ocasionado o estreitamento do topo da pirâmide etária brasileira (IBGE, 2010).

Observou-se também que a própria população idosa está crescendo em número e idade, e que, de 1980 a 2009, o número de idosos com 65 anos ou mais de idade subiu de 4,01% para 6,67%, criando a expectativa de que, em 2050, o primeiro grupo da pirâmide representará 13,15%, ao passo que a população idosa ultrapassará os 22,71% da população total (IBGE, 2010).

Em setembro de 2010, a pesquisa do IBGE apresentou que a expectativa de vida⁵ no Brasil aumentou cerca de três anos entre 1999 e 2009, reportando a estimativa de que a expectativa de vida do brasileiro é de 73,1 anos. Esses dados também informam que a menor taxa de mortalidade está entre as mulheres, que representam 55,8% das pessoas com mais de 60 anos. Nesse período avaliado, a expectativa de vida feminina passou de 73,9 anos para 77 anos, sendo que, entre os homens, passou de 66,3 anos para 69,4 anos.

De acordo com o IBGE (2010), a explicação para o aumento da média de vida do brasileiro (expectativa de vida ao nascer) foram as conquistas sociais das últimas três décadas, principalmente em educação, saneamento básico e avanços na medicina. São esses os fatores que se ressaltam para a melhoria na qualidade de vida da população em geral. Conforme as projeções feitas pelo IBGE, o país poderá alcançar, em 2050, o patamar de 81,29 anos, atingindo, desse modo, a média atual da Islândia (81,80), de Hong Kong, da China (82,20) e do Japão (82,60).

O indivíduo mais longo utiliza mais seu organismo e produz um desgaste maior de todos os órgãos e sistemas. Assim, as doenças crônicas degenerativas passaram a ocupar um papel tão importante quanto as doenças transmissíveis. Segundo a Organização Pan-Americana de Saúde (2009), as doenças crônicas são consideradas como a principal causa de mortalidade e incapacidade no mundo, e os principais fatores de risco para essas doenças são: obesidade, o alto nível de colesterol, a hipertensão, o fumo e o álcool.

⁵ “Expectativa (ou esperança) de vida ao nascer é o número médio de anos de vida esperados para um recém-nascido, mantido o padrão de mortalidade existente na população residente, em determinado espaço geográfico, no ano considerado. Esse valor pode ser influenciado pelo aumento da qualidade de vida da população idosa e diminuição da mortalidade infantil. [...] A melhoria das condições de habitação, o aumento relativo do número de domicílios com saneamento básico adequado vêm contribuindo para reduzir as mortes infantis” (Paula, 2010, p. 24).

Os técnicos do IBGE (2010) comentaram, no documento de divulgação da pesquisa, que:

[...] mantidas as tendências dos parâmetros demográficos implícitas na projeção da população do Brasil, o País percorrerá velozmente um caminho rumo a um perfil demográfico cada vez mais envelhecido, fenômeno que, sem sombra de dúvidas, implicará em adequações nas políticas sociais, particularmente aquelas voltadas para atender as crescentes demandas nas áreas da saúde, previdência e assistência social⁶

O resultado dessa transição, ou seja, o aumento da população idosa, é o grande desafio para melhorar a qualidade de vida das pessoas que vivem mais, e a ciência vem tentando entender como ocorre o envelhecimento biologicamente, buscando reduzir, ou pelo menos amenizar, e retardar as alterações fisiológicas decorrentes do envelhecimento.

2.1.2 Aspectos biopsicossociais

O envelhecimento acontece por meio de alterações biológicas, psicológicas, sociais, que variam de indivíduo para indivíduo, e essas alterações são influenciadas pelas características genéticas, pelos hábitos de vida e pelo ambiente em que vive. Dentro das teorias biológicas do envelhecimento, o que se tem levado em consideração é a degeneração da função e a estrutura dos sistemas orgânicos e das células. Com o aumento da expectativa de vida e o desgaste natural do corpo, o organismo começa a apresentar falhas, e as funções dos órgãos começam a perder a capacidade (Paula, 2010).

Mota, Figueiredo e Duarte (2004) classificaram as teorias biológicas do envelhecimento como aquelas de natureza genética e outras de natureza estocástica. As primeiras consideram o controle genético, enquanto as últimas levam em conta as agressões ambientais.

A teoria genética do envelhecimento celular foi iniciada por Weisman em 1981 e confirmada, experimentalmente, por Hayflick e Morehead (1961), quando verificaram que a célula tinha uma capacidade de proliferação predefinida, ou seja, seu número de replicações

⁶ IBGE (2009) - Comunicado Social de 1º de dezembro de 2009. *Participação dos idosos na população será quase igual à dos jovens em 2030*. Recuperado em 29 agosto, 2011, de http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=1507&id_pagina=1

era limitado. Por meio de observações em culturas de células, Hayflick observou que as células se replicavam, aproximadamente, 50 vezes antes de morrer, apresentam sinais de velhice ao final de suas replicações e que esse limite variava entre os tipos celulares. Correlacionaram o “Limite de Hayflick” ao tamanho dos braços do DNA, os chamados telômeros, que, tendo sido mostrados durante a vida, os telômeros sofrerão encurtamento ao longo dos ciclos celulares (Demongeot, 2009; Papalia, Olds, & Feldman, 2006).

As teorias biológicas estocásticas mostram que o fenômeno do envelhecimento se dá pela acumulação de lesões relacionadas ao ambiente, ou seja, a deterioração é aleatória e está associada à idade avançada. O acúmulo de moléculas defeituosas se dá por dois mecanismos, quais sejam: as falhas em reparar danos ou erros aleatórios na síntese e os efeitos das radiações ionizantes na diminuição do tempo de vida. Esses mecanismos embasaram as pesquisas que investigaram a relação entre alterações do DNA⁷ e a idade (Papalia, Olds, & Feldman, 2006).

Demongeot (2009) comentou que a idade cronológica não dá informação útil sobre o estágio em que acontece o processo de envelhecimento do organismo; o processo do envelhecimento não ocorre da mesma forma com todos os indivíduos, assim como as teorias, e sozinhas, não conseguem explicar todos os passos do processo de envelhecimento.

Desse modo, as transformações, com o passar dos anos de vida, também sofrem influências do ambiente físico e social, e algumas mudanças fisiológicas do envelhecimento podem ser destacadas quanto a modificações externas evidentes: a pele começa a enrugar, os cabelos ficam grisalhos e mais finos, a pele perde o tônus, tornando-se flácida, há um alargamento do nariz, os olhos ficam mais úmidos, há um aumento na quantidade de pêlos nas orelhas e no nariz, há um encurvamento postural devido a modificações na coluna vertebral, havendo também diminuição da estatura pelo desgaste das vértebras. As modificações internas são: endurecimento dos ossos; o cérebro perde neurônios e atrofia-se, tornando-se menos eficiente; o metabolismo fica mais lento; a digestão é mais difícil; a visão de perto piora devido à falta de flexibilidade do cristalino; há perda da transparência (catarata); há endurecimento das artérias; o olfato e o paladar diminuem (Paula, 2010; Papalia, Olds, & Feldman, 2006).

As alterações orgânicas que se destacam são: diminuição da água corporal total, do peso corporal e da massa muscular; o ritmo do coração tende a tornar-se mais lento e irregular; a pressão arterial costuma aumentar; alguns idosos tendem a dormir menos; há uma

⁷ Ácido desoxirribonucleico.

limitação nas atividades que exigem resistência e força. Além disso, com o envelhecimento, as pessoas ficam mais susceptíveis a quedas, em razão não só da diminuição da sensibilidade das células receptoras e das informações sobre a posição do corpo no espaço, como também da diminuição dos reflexos (Paula, 2010; Papalia, Olds, & Feldman, 2006).

Embora existam alterações que podem ser classificadas como ganhos, de acordo com Neri (2008) e Papalia, Olds e Feldman (2006), as mudanças evolutivas, que são reconhecidas como perdas, tendem a aumentar com o passar da idade. Exemplo disso pode ser constatado ao serem observadas as capacidades cognitivas ligadas ao processamento da informação, à memória e à aprendizagem, que declinam por causa das alterações sensoriais e neurológicas que acompanham o envelhecimento.

A capacidade funcional está relacionada com a medida do grau de preservação da capacidade do indivíduo para realizar atividades de vida diária (AVDs) e do grau de capacidade para desempenhar as atividades instrumentais de vida diária (AIVDs). As AVDs são as que se referem ao autocuidado, ou seja, permitem ao idoso cuidar-se e responder por si só no espaço limitado de seu lar, envolvendo, por exemplo: alimentar-se, ter continência urinária, movimentar-se, tomar banho, vestir-se, usar o banheiro, andar pela casa, subir e descer escadas e cortar as unhas. Já as AIVDs estão relacionadas a funções mais complexas que permitem a vida independente na comunidade, incluindo, por exemplo: fazer compras, cozinhar, arrumar a casa, telefonar, utilizar o transporte, lavar roupa, tomar remédios e ter habilidade para lidar com as próprias finanças (Aykawa, & Neri, 2008; Wilkins, Law, & Lets, 2001).

Essas atividades estão ligadas à independência – poder levar uma vida comunitária independente e de autocuidado – e dependência – definida como a incapacidade de a pessoa funcionar, satisfatoriamente, sem ajuda, quer devido a limitações físico-funcionais, quer devido a limitações cognitivas (Catanach, & Tebes, 1991). Assim, das combinações entre as duas condições, estudiosos persistem na busca de amenizar e mesmo trabalhar com essa população, que se tem entregado tantas vezes ao total desalento pela vida e tanto ainda pode usufruir, com saúde, de seu envelhecimento.

A dependência acentuada, associada a um elevado grau de incapacidade funcional, não é um fato universal na velhice. Ao contrário, o estudo realizado por Gatz (1995), em vários países, mostrou que apenas 4% dos idosos com mais de 65 anos apresentavam incapacidade acentuada e alto grau de dependência, contra 20% que apresentavam um leve grau de incapacidade. A mesma pesquisa informou que 13% dos que tinham entre 65 e 74 anos e 25% dos que estavam entre 75 e 84 apresentavam incapacidade

moderada; acima dos 85 anos, quando a sensibilidade que intervém na capacidade desse idoso era de quatro a cinco vezes maior do que aos 65 anos, elevava o percentual de portadores de incapacidade moderada para 46% (Gatz, 1995).

A perda das capacidades funcionais pode ou não levar a limitações e gerar aumento significativo na incapacidade e dependência do idoso para a realização de tarefas do cotidiano. Essa dependência pode variar também de acordo com vários fatores, tais como constituição genética, hábito e estilo de vida, meio ambiente, doenças associadas e contexto socioeconômico e sociocultural.

Pesquisa realizada no município de São Paulo por Ramos, Rosa, Oliveira, Medina e Santos (1993) mostrou que cerca de metade da população estudada (53%) mostrou necessidade de ajuda parcial ou total para realizar pelo menos uma das atividades de vida diária; foi também detectado que 29% dos idosos necessitavam de ajuda parcial ou total para realizar até três dessas atividades, e que 17% necessitavam de ajuda para realizar quatro ou mais atividades de vida diária.

De acordo com Neri (2007b), a incapacidade, muito frequente nos idosos, é um dos motivos para a institucionalização. Em seu estudo com idosos não institucionalizados, a necessidade de cuidado ou dependência foi citada como justificativa para a concordância com uma possível institucionalização. Então, a família, quando se vê impossibilitada de prestar os cuidados necessários ao idoso devido à limitação deste, opta por institucionalizá-lo.

Na sociologia do envelhecimento, existem algumas teorias e as com maior relevância para o contexto pesquisado são: Teoria do desengajamento ou afastamento e Teoria da atividade. A primeira é descrita como a diminuição da interação entre o idoso e as demais pessoas dentro do contexto social em que está inserido. Essa teoria descreve o papel da sociedade na exclusão dos idosos, ressaltando, assim, as pessoas mais jovens. E a Teoria da atividade descreve que, quanto mais ativas forem as pessoas, maior será sua satisfação com a vida. O declínio em atividades físicas e mentais associado ao envelhecimento é um dos fatores determinante das doenças psicológicas e do retraimento social dos idosos (Caldas, 2007).

Os relacionamentos com a família e as amizades desempenham papéis diferentes para os idosos, não sendo mais ligados ao trabalho e à criação de filhos, mas ao apoio e companheirismo (Papalia, Olds, & Feldman, 2006). Os autores informam que amigos e familiares amenizam o impacto do estresse na saúde física e mental, e as pessoas que têm alguém em quem confiar seus sentimentos e que podem conversar sobre seus sofrimentos lidam melhor com as mudanças do envelhecimento, além de se sentirem mais seguras.

Born e Boechat (2002) afirmaram que qualquer que seja o nível de qualidade na instituição para idosos, há uma tendência a romper o padrão de vida anterior. Esse local oferece uma situação um pouco fechada, com regras e normas, que afasta o idoso do convívio social e familiar. Dessa forma, o trabalho do profissional psicólogo, em uma ILPI, visa à implantação, ao aprimoramento e/ou à transformação de práticas educativas, com o objetivo de construir novas crenças em relação ao envelhecimento, contribuindo para promover melhor qualidade de vida do idoso, oferecendo-lhe suporte emocional, bem como à família e ao cuidador, para enfrentar a doença, as limitações cognitivas e funcionais, que geram sofrimento psíquico a todos (Falcão, 2010).

A teoria de Erik Erikson retrata que a sabedoria é a virtude que emerge na velhice, como resultado dos conflitos psicossociais, representando as idades em ciclos que se sucedem e se desenvolvem por toda a vida. Por conseguinte, o idoso deve realizar uma reflexão sobre a própria vida, ou seja, aceitar a vida que viveu, sem maiores arrependimentos. Assim, a resolução está no equilíbrio entre o traço positivo (experiências, motivação, oportunidades culturais) e o negativo (morte, autoaceitação) (Neri, 2007a, Papalia, Olds, & Feldman, 2006).

É certo que as limitações da idade podem restringir recursos sociais e pessoais, além de comprometer a qualidade de vida do idoso e refletir no bem-estar individual. Entretanto, não há qualquer dúvida de que o idoso precisa estar inserido na sociedade, adequando-se a novos papéis sociais, mantendo os contatos sociais, suas atividades pessoais, aumentando sua autoestima e independência, evitando, assim, algumas mudanças psicológicas, como, por exemplo, falta de motivação, dificuldade de planejar o futuro e de se adaptar às mudanças rápidas da tecnologia e dos meios de comunicação, baixa autoimagem e baixa autoestima, depressão e problemas hipocondríacos.

E, para que seja possível viabilizar qualidade de vida, além de saúde física e mental, é necessário considerar não somente as condições atuais como as condições vividas ao longo dos anos de vida do indivíduo. Mendes, Gusmão, Faro e Leite (2005) afirmam que “o papel social dos idosos é um fator importante no significado do envelhecimento, pois o mesmo depende da forma de vida que as pessoas tenham levado, como das condições atuais em que se encontram” (p. 424).

A partir do exposto, pressupõe-se que, no envelhecimento, há perdas e ganhos; contudo, há diferentes possibilidades de envelhecer. E o envelhecimento não está relacionado, necessariamente, com a idade cronológica, mas, sobretudo, com as condições do indivíduo para desempenhar as atividades de vida diária e continuar a realizar seus objetivos e suas conquistas familiares e pessoais. Ressalta-se, então, a importância do incremento de

atividades para que a pessoa possa envelhecer em boas condições e permanecer ativa, conseguindo manter as relações com as pessoas (Caldas, 2007).

Como descrito anteriormente, o crescente número de idosos e as observações, com base nos dados do IBGE, junto à inserção da mulher no mercado de trabalho, ao enfraquecimento dos laços familiares e à tendência de pessoas nessa faixa etária com fragilidades aumentar, surgem as ILPIs, que vêm se preparando para oferecer os cuidados a essas pessoas. A seguir, será abordada a questão dos testes para avaliação do idoso no que concerne à sua capacidade funcional e cognitiva.

2.1.3 Avaliação psicológica do idoso

A avaliação psicológica compreende uma variedade de situações, aplicações, de uma pessoa ou grupo, por meio de fontes de dados, que podem variar de observações sistemáticas, entrevistas, até a aplicação de testes capazes de avaliar de maneira precisa e válida. É importante, ao selecionar um teste para aplicação em uma determinada amostra, verificar se este foi validado e se é específico para aquele público (Baptista, & Campos, 2007).

No caso do idoso, a avaliação psicológica pode ser realizada por meio da aplicação de testes para a quantificação dos atributos e *déficits* funcionais, cognitivos, psicossociais, com a finalidade de se obter um diagnóstico rápido para desenvolver um tratamento mais preciso (Papalia, Olds, & Feldman, 2006).

Existem vários instrumentos que colaboram para uma avaliação do idoso, contudo os testes cognitivos qualitativos e/ou quantitativos não são suficientes para o diagnóstico de demência, mas para a definição do declínio cognitivo (Moraes, 2010).

Na suspeita de declínio cognitivo com base na caracterização do esquecimento, é muito importante a avaliação das funções cognitivas por meio da aplicação de testes, que variam desde baterias mais rápidas até uma avaliação neuropsicológica mais formal. A “triagem cognitiva”⁸ deve ser feita utilizando testes mais simples e de fácil aplicação que facilitem o diagnóstico e tratamento de pacientes idosos com queixas cognitivas (Moraes, 2010; Paula et al., 2010).

⁸ Triagem cognitiva é a avaliação das funções cognitivas (Moraes, 2010).

Para a “triagem cognitiva”, Moraes (2010) informa que os testes mais utilizados são: o Mini-Exame do Estado Mental, o teste de reconhecimento de figuras, a lista de palavras do Consortium to Establish a Registry for Alzheimer’s Disease (CERAD), o teste Desenho do Relógio e o teste de Fluência Verbal. Estes podem ser usados isoladamente ou junto a instrumentos mais amplos. Vale lembrar que um teste para complementação dessa triagem é o Questionário Pfeffer de Avaliação Funcional (QPAF) (Paula et al., 2010).

O MEEM é uma das escalas mais comuns para avaliar o estado cognitivo, por ser rápido e fácil de aplicar. Foi elaborado por Folstein, Folstein e McHugh (1975) e validado para a população brasileira em 1994 (Brasil, 2006, Lenardt, Michel, Wachholz, Borghi, & Seima, 2009). Importa assinalar que, nesta investigação, utilizou-se apenas o MEEM por ser um instrumento de fácil e rápida aplicação, baixo custo e amplamente reconhecido na literatura, além de ter sido utilizado em vários outros estudos, entre os quais os de Lourenço e Veras (2006), Converso e Iartelli (2007), Lenardt et al. (2009).

Normal ou patológico, o declínio cognitivo associado ao envelhecimento está intimamente relacionado com a independência em atividades de vida diária. A avaliação funcional preconizada pela Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa é fundamental para o idoso com queixa de esquecimento. A suspeita de declínio funcional deve ser confirmada com escalas específicas de atividades de vida diária básicas, como o índice de Katz, a escala de Lawton-Brody e a de Pfeffer (Moraes, 2010). Outro instrumento de avaliação funcional é a Medida de Independência Funcional (MIF) (Brasil, 2006).

Essas escalas estão relacionadas às atividades de vida diária, voltadas para o autocuidado, e às atividades instrumentais da vida diária, que indicam a capacidade de um indivíduo ter uma vida independente dentro de uma comunidade (Aykawa, & Neri, 2008).

A escala mais citada e utilizada até os dias de hoje é a Escala de Katz, planejada para medir a habilidade da pessoa em desempenhar suas atividades cotidianas de forma independente. Posteriormente, Lawton e Brody (1969) propuseram outro instrumento para avaliar as AIVDs, considerada uma escala mais complexa e cuja independência para desempenho está diretamente relacionada com a capacidade de vida comunitária independente, além de constarem nela atividades do dia a dia (Brasil, 2006). De acordo com o Guia de Saúde do Idoso, a Escala de Lawton-Brody, utilizada neste estudo, é o instrumento padronizado mais utilizado para avaliação do idoso. Foi utilizada esta escala pelo fato de os idosos das ILPIs pesquisadas, mesmo institucionalizados, terem uma vida mais independente, alguns com permissão para sair da instituição a qualquer hora e por avaliar a capacidade de vida na comunidade.

Entre as consequências do processo de envelhecimento, destacam-se a incapacidade funcional e o comprometimento cognitivo, responsável, muitas vezes, pela hospitalização ou institucionalização dos idosos, o que influencia na qualidade de vida dessas pessoas.

O próximo capítulo será destinado a abordar a questão da institucionalização no envelhecimento.

2.2 INSTITUCIONALIZAÇÃO NO ENVELHECIMENTO

“We die. That maybe the meaning of life. But we do language. That maybe the measure of our lives” (Toni Morrison, 1997, citado por Scharfstein, 2006)⁹

2.2.1 Instituições de Longa Permanência para Idosos

Pesquisar o envelhecimento em ILPIs é se deparar com duas faces distintas do mesmo. Tanto a face positiva, que reflete a experiência acumulada, o saber pelos anos vividos, e a memória, que deve ser transmitida às gerações, quanto a face negativa, correspondente ao descaso, ao abandono, à solidão e ao desprezo pela sociedade (Debert, 1999).

Instituição, no *Minidicionário da língua portuguesa*, de Ferreira (1993), expressa “associação ou organização de caráter social, educacional, religioso, filantrópico” (p. 309); já o verbo institucionalizar é usado, de forma geral, com o significado de colocar ou confiar alguém aos cuidados de, no caso, uma instituição especializada (Alcântara, 2004).

Os registros históricos assinalam que as primeiras instituições de amparo aos idosos eram cristãs e surgiram por volta do século V d.C. (Alcântara, 2004). Essas instituições eram conhecidas como asilos, abrigos, lares, e tiveram sua imagem vinculada a estereótipos negativos ligados à rejeição familiar, abandono ou pobreza (Pollo, & Assis, 2008).

⁹ “Nós morremos. Talvez seja este o significado da vida. Mas nós fazemos a linguagem. Talvez seja esta a medida das nossas vidas” (Toni Morrison, 1997, citado por Scharfstein, 2006).

No Brasil, a atenção à velhice foi reconhecida ainda no período colonial quando o então Vice-Rei, Conde de Resende, defendeu, junto à Coroa portuguesa, a ideia de que os soldados mais velhos mereciam uma velhice digna e descansada. Assim, no ano de 1794, começou a funcionar a Casa dos Inválidos, no Rio de Janeiro, mais com base no direito a um final de vida tranquilo daqueles que tinham prestado serviços à Pátria do que apenas na caridade (Alcântara, 2004).

Nessa trajetória, com o advento da abolição dos escravos, a sociedade assistiu à inserção, no mercado formal de trabalho, de todos os pobres livres, contudo, sem a menor condição de se tornarem trabalhadores assalariados. Desse modo, a pobreza surgiu como um fator econômico e de mecanismos de controle e repressão, sendo criadas as instituições para a população de indigentes.

Na segunda metade do século XIX, ganha voz o discurso filantrópico que, concomitante à formação da Medicina Social, denunciava as condições anti-higiênicas do estilo de vida da classe pobre. Groisman (1999) publicou um estudo que retoma o século XIX, sendo nesse momento que o termo “asilo” foi trazido e não definido como as instituições que se conhecem hoje, mas como abrigo de moribundos, indigentes, pobres, inválidos, abandonados, solitários, doentes, alcoólatras e desvalidos, como se tratava também o idoso, que até então eram chamados de velhos. Na literatura estudada, essas afirmativas trazem trechos como o de Alcântara (2004): “[...] a idade era levada em conta, uma vez que o velho era visto como pobre merecedor [...]; e a velhice já era um problema social só que reunida a outras categorias sociais” (p. 32).

A Medicina e o Direito já trabalhavam juntos na elaboração de projetos de política assistencial, objetivando a retirada de mendigos e vadios da rua e, dessa união de trabalho social, surgiram as primeiras instituições com a finalidade de acolher e abrigar os inválidos. (Alcântara, 2004). Nesse contexto, o termo “asilo” firmou-se como sinônimo de instituição para idosos pobres e, mais uma vez, a eles foram agregados vários estereótipos negativos. No Brasil, os chamados asilos ou instituição asilar são registrados, originalmente, trazendo um caráter assistencial com a finalidade de suprir a ausência das famílias e favorecer auxílio ao idoso em situação de abandono e pobreza (Born, & Boechat, 2002).

Em 1960, com um acelerado crescimento da população envelhecida e a criação da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG), começaram a surgir as primeiras clínicas geriátricas e casas de repouso não filantrópicas, que, com a sugestão da SBGG, adotaram a denominação Instituição de Longa Permanência para Idosos. A sugestão foi uma adaptação do termo até então utilizado pela Organização Mundial da Saúde – *Long-Term*

Care Institution (Costa, 2004). Contudo, ainda é possível se deparar, na literatura, com referências a ILPIs com o termo “asilo”, conforme citam Herédia et al. (2004), na prática das instituições, estas se autodenominam asilos, residências para idosos, casa de repouso, casa geriátrica, entre outras.

E, nesse novo rearranjo, observa-se uma mudança de paradigma na denominação e constituição das residências das pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, que passa a ser denominada Instituição de Longa Permanência para Idosos, extrapolando o caráter meramente assistencial (Khoury et al., 2009). Dessa forma, faz com que a institucionalização de idosos deixe de ser apenas uma prática filantrópica para se constituir em atividade que promova o atendimento integral, com serviços nas áreas social, psicológica, médica, odontológica, de enfermagem, fisioterapia, terapia ocupacional, entre outras. Espera-se que também priorizem a qualidade na alimentação, na higiene, no repouso e no lazer, além do desenvolvimento de atividades que possam promover qualidade de vida a seus moradores.

Mas, com tanto trabalho já realizado, não há ainda, no Brasil, um consenso sobre a definição do que venha a ser, realmente, uma Instituição de Longa Permanência para Idosos.

Com o envelhecimento da população e o aumento da sobrevivência de pessoas com limitações físicas e comprometimentos cognitivos, as instituições para abrigar idosos deixaram de fazer parte da rede de assistência social para se integrar à rede de assistência à saúde (Kane, & Kane, 1987, citados por Costa, 2004). Assim, as ILPIs não se destinam somente a idosos carentes de recursos financeiros ou de suporte familiar, mas se definem como um local com condições para atender às demandas das pessoas idosas, promovendo-lhes melhor qualidade de vida e bem-estar.

Além disso, as instituições também se constituem como um empreendimento que resulta em fonte de renda para os administradores, mas não se pode desconsiderar que grande parte dessa população de idosos não têm os cuidados necessários junto a sua família, porque esta não possui as condições adequadas, além de não ter condições de arcar com as despesas desse idoso. Por conseguinte, a institucionalização surge como uma alternativa.

Em qualquer uma dessas duas alternativas, isto é, por razões de ordem psicossocial como as dificuldades financeiras ou ausência da família, ou por razões médicas, a decisão pela institucionalização do idoso continua sendo complexa e embaraçosa dentro do contexto cultural brasileiro (Scharfstein, 2006).

2.2.2 Idosos, relações familiares e modalidades de atendimento

Diante da nova realidade, caracterizada por uma situação de baixa fecundidade, de baixa mortalidade infantil e, conseqüentemente, pelo aumento da expectativa de vida e da população idosa, também surgem novos desafios no que diz respeito aos cuidados com os idosos, às responsabilidades do Estado, da sociedade e da família (Corteletti, Casara, & Herédia, 2010).

O envelhecimento deve ser pensado de forma coletiva e ser planejado de modo que seja possível atender às necessidades sociais, que são também individuais. Para tanto, é necessário ter em mente a Legislação pertinente como instrumento legítimo que o Estado utiliza para garantir os direitos individuais e coletivos da população perante ela, bem como as realidades constatadas não somente nas realidades do idoso e de suas famílias, mas também nas Instituições de Longa Permanência (Corteletti, Casara, & Herédia, 2010).

Mais especificamente para o idoso, existe a Lei nº. 8.842, de 4 de janeiro de 1994, que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso e o considera como sendo a pessoa com 60 anos e mais de idade. Essa lei tem por objetivo “assegurar os direitos sociais do idoso, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade” (Brasil, 1994, p. 1).

O Decreto nº. 1.948, de 3 de julho de 1996, regulamenta a lei supracitada e, em seu artigo 3º, esclarece sobre modalidade asilar de assistência social ao idoso e define esta como o “atendimento em regime de internato, ao idoso sem vínculo familiar, ou sem condições de prover a própria subsistência, de modo a satisfazer as suas necessidades de moradia, alimentação, saúde e convivência social” (Brasil, 1996, p. 1). No Parágrafo Único desse mesmo artigo, está explicitado que “a assistência na modalidade asilar ocorre no caso da inexistência do grupo familiar, abandono, carência de recursos financeiros próprios ou da própria família” (p. 1).

A condição de beneficência, ausência da família ou falta de recursos para o cuidado dos idosos e, ainda, da responsabilidade do Estado para o atendimento de tais incapacidades está descrita no Parágrafo Único do artigo 17:

O idoso que não tenha meios de prover a sua própria subsistência, que não tenha família, ou cuja família não tenha condições de prover a sua manutenção, terá

assegurada a assistência asilar, pela União, pelos Estados, pelo Distrito Federal e pelos Municípios, na forma de lei (Brasil, 1996, p. 6).

Ainda assim, o que mais se observa no cenário brasileiro é que a longevidade trouxe consigo também um novo compromisso dos membros da família, mas estes não estão preparados para assumir tais obrigações (Corteletti, Casara, & Herédia, 2010). A família atual não se preparou para assumir as funções provocadas pela modernidade. Conforme Bach (1983), “a família é dentre as instituições a menos preparada para enfrentar as ondas de choque produzidas pela irrupção do futuro no presente histórico da humanidade” (p. 13). Isso se reflete na própria atitude diante do envelhecimento de seus familiares.

Na verdade, a família não se preparou para enfrentar mudanças socioculturais, que geraram novas demandas sociais e, conseqüentemente, reajustamento dos papéis de seus membros para que se adequassem a elas. A urbanização, a industrialização, o crescimento da população e a transição demográfica foram transformações sociais e econômicas que afetaram o centro da família na sua origem, alterando a base das relações sociais entre os indivíduos (Corteletti, Casara, & Herédia, 2010).

Assim, a institucionalização do idoso vai surgindo como alternativa a distintas situações como o estresse e esgotamento físico dos cuidados depois de longa doença do idoso; dificuldade em lidar com o idoso, às vezes, já debilitado; a falta de tempo, devido ao trabalho fora de casa ou à necessidade de tomar conta dos filhos menores; a intolerância em relação a “velhos”, entre outros problemas. A impossibilidade de lidar com tais situações podem levar as famílias a optar pela institucionalização (Corteletti, Casara, & Herédia, 2010).

Em casos especiais, principalmente quando o idoso vive em condições de extrema pobreza, as instituições filantrópicas são procuradas para garantir, ao menos, a satisfação de algumas das necessidades básicas, como moradia, vestuário e alimentação. Quando o idoso ou a família pode arcar com as despesas, existem outras possibilidades de escolha entre as várias instituições existentes (Corteletti, Casara, & Herédia, 2010).

Contudo, o que se tem observado, em relação à imagem das ILPIs, é que, apesar das mudanças que vêm sendo constatadas, ainda permanecem vivas na memória social as marcas de uma época em que as instituições eram locais de sofrimento e descaso, tornando a decisão entre institucionalizar ou manter o idoso em casa ainda mais difícil e complexa (Khoury et al., 2009).

Nessa percepção quanto à institucionalização do idoso, ainda há o pensamento e sentimento de medida extrema de descaso e abandono do idoso por seu familiar, contudo

existe também a ideia de que essa opção pode ser uma medida útil para que se garanta mais qualidade de vida aos indivíduos na faixa etária da velhice. Como exemplo, há casos de idosos institucionalizados por opção própria e, de acordo com Sagaza (2003), há um número maior de idosos que afirmam que o melhor é que os membros mais jovens da família encontrem os idosos apenas ocasionalmente para fazer uma refeição conjunta ou apenas um encontro casual.

De acordo com Moreno e Veras (1999) e Scharfstein (2006), no que tange às informações da legislação que protege e dá atenção aos idosos, as instituições assistenciais ao idoso brasileiro se dividem em duas grandes categorias: asilar e não asilar. Esta última, em conformidade com o artigo 4º, do Decreto nº. 1.948, de 3 de julho de 1996, abrange as seguintes modalidades: centro de convivência, centro de cuidados diurno, casa-lar, oficina abrigada de trabalho, atendimento domiciliar e outras formas de atendimento. As mais desenvolvidas, atualmente, são:

a) Centro de convivência: local destinado à permanência diurna do idoso, onde são promovidas atividades para contribuir para a autonomia, a socialização, o envelhecimento ativo e saudável.

b) Centro de cuidados diurno: Hospital-dia e Centro-dia, destinados à permanência diurna do idoso. É um programa de atenção integral às pessoas idosas que, por suas carências familiares e funcionais, não podem ser atendidas em seus próprios domicílios. Proporciona atendimento das necessidades básicas, mantém o idoso na família, reforça o aspecto de segurança, autonomia e bem-estar, além da própria socialização do idoso.

c) Atendimento domiciliar: é o atendimento prestado à pessoa idosa com algum nível de dependência, com vistas à permanência no próprio domicílio e o reforço dos vínculos.

As instituições asilares embasadas nas recomendações da Política Nacional do Idoso, em regime de internato, tem como objetivo atender os idosos sem família ou em situação de vulnerabilidade, oferecendo-lhes serviços em várias áreas e promovendo as necessidades de moradia, alimentação, saúde e convivência social. Esses estabelecimentos, com denominações diversas, fornecem, prioritariamente, atendimento para as pessoas com 60 anos ou mais, com ou sem pagamento por parte do idoso ou de sua família, por período indeterminado. Esses podem ser classificados em submodalidades:

a) Modalidade I: destinada aos idosos independentes para as atividades de vida diária, mesmo que necessitem utilizar algum equipamento de autoajuda.

b) Modalidade II: destinada a idosos dependentes e independentes que necessitam de ajuda e cuidados especializados, com acompanhamento e controle adequado de profissionais de saúde.

c) Modalidade III: destinada a idosos dependentes que necessitam de assistência total em, pelo menos, uma atividade de vida diária. Requer equipe interdisciplinar de saúde.

Apesar de serem precários os dados estatísticos relativos ao perfil da institucionalização no Brasil e também de serem escassos os estudos nessa área (conforme pesquisa realizada na base de dados *PsycInfo* em 2011), verifica-se que é crescente a procura pelas ILPIs atualmente, evidenciando os índices que são de 6% para as faixas etárias de 75 a 84 anos e 22% para os idosos acima de 85 anos. Estudo de Katz (1996) identificou que, dos 1,3 milhões de idosos que viviam em casas de repouso, 16,1% tinham entre 65 e 74 anos, 38,6% com 75 a 84 anos e 45,3% com mais de 85 anos.

As características socioeconômicas e de saúde, as relações familiares conflituosas, a idade, o grau de independência, o fato de viver sozinho, as atividades sociais limitadas, e ainda quando os cuidadores estão sobrecarregados, são também registros encontrados para os fatores que predispõem os idosos à institucionalização (McFall, & Miller, 1992; Steinbach, 1992; Papalia, Olds, & Feldman, 2006; Davim, Torres, Dantas, & Lima, 2004; Born, & Boechat, 2002). Em estudo desenvolvido por Katz (1996), cerca de 40% a 91,0% dos institucionalizados apresentavam dificuldades em algum item de atividade de vida diária.

De acordo com esses estudos, três quartos de 1,5 milhões de residentes em lares assistenciais são mulheres, sendo que, desse número, a maioria das idosas eram viúvas em seus 80 anos, e cerca de 60% apresentaram algum comprometimento cognitivo. Quase todos (96%) precisavam de ajuda para tomar banho, e quase a metade (45%) precisava de auxílio para se alimentar (Papalia, Olds, & Feldman, 2006).

Observou-se, também, em trabalhos publicados (Corteletti, Casara, & Herédia, 2010; Falcão, & Araújo, 2009; Alcântara, 2004), que a perda da autonomia/independência dificulta a condição de tomar decisões e de administrar a própria vida, até mesmo antes da institucionalização, deixando, muitas das vezes, como única opção para a família, a ILPI. Além disso, também são características da institucionalização a situação socioeconômica, os problemas de saúde e a ausência ou dificuldade de apoio social.

Uma vez institucionalizado, observa-se que essa perda da autonomia/independência, geralmente, intensifica-se, pois o idoso fica cada vez mais submetido à vontade e às decisões da instituição, culminando com a anulação de sua

identidade. Por outro lado, J. H. B. Oliveira (2008) apontou, em sua pesquisa, para o fato de que nem todos os residentes tinham a sua autonomia comprometida.

Segundo J. H. B. Oliveira (2008), mesmo nas famílias com renda inferior a dois salários mínimos, a opção de institucionalizar o idoso ocorre apenas no limite da capacidade familiar em oferecer os cuidados necessários. A preocupação com o cuidado para com o idoso traduz-se, de acordo com Boff (1999), como:

O cuidado permite ao ser humano viver a experiência fundamental do valor daquilo que o cerca, que tem importância e definitivamente conta, ou seja, o valor intrínseco de cada coisa. Se não receber cuidado, desde o nascimento até a morte, o ser humano desestrutura-se, definha, perde sentido e morre. Assim, sem o cuidado o homem perde sua natureza humana. Cuidar é mais do que um ato: é uma atitude, portanto abrange mais que um momento de atenção e zelo: representa uma atitude de ocupação, responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro (p. 96).

Além dos cuidados oferecidos em uma ILPI, é relevante que esta instituição ofereça atividades estimulantes e oportunidades de convivência com pessoas de ambos os sexos e de todas as idades, e que proporcione privacidade e serviços sociais, terapêuticos e de reabilitação (Papalia, Olds, & Feldman, 2006). Destaca-se, ainda, que a ILPI deve, quando possível, estimular e criar condições para “deixar os idosos tomar decisões” e exercer algum controle sobre sua vida, pois essas medidas podem ser importantes não apenas para o bem-estar psicológico, como também para a saúde física e para a própria vida (Papalia, Olds, & Feldman, 2006).

Diante dessas informações e levando-se em consideração a questão da velhice, esta se impõe como um objeto de estudo nos dias atuais, e a Gerontologia – ciência que estuda o envelhecimento humano – apresenta um interesse cada vez maior no contexto das sociedades contemporâneas.

2.2.3 Institucionalização na região Sudeste

Desde os anos 1970, a sociedade tem assistido a uma queda acelerada na fecundidade e na mortalidade nas várias idades, mudanças na estrutura familiar – pessoas que casam tarde, separam, casam de novo –, a inserção da mulher no mercado de trabalho e as

mudanças no sistema de valores. Essas modificações enfraqueceram os laços familiares e tem resultado em transformações nas formas de apoio à pessoa idosa.

O envelhecimento populacional trouxe a necessidade de reorganizar a administração atual, desde a esfera familiar até a governamental, a fim de se atender, adequadamente, esse segmento da população. Assim, o que antes era tratado em casa se tornou uma questão de responsabilidade social, tanto por causa da especificidade no tratamento dessa população como pela impossibilidade de a família atual arcar com mais essa exigência (Neri, 2007b).

Segundo Quaresma (2006):

Vivemos mais porque vivemos melhor, mas interrogamo-nos como gerir este percurso mais longo, como enfrentar algo que mal conhecemos mas que por isso mesmo ainda mais receamos – a redução das nossas capacidades e, muito em especial, a eventual perda de autonomia numa cultura que a elege como atributo fundamental. Perda vivida como uma ferida narcísica destruidora da identidade e do valor (p. 36).

Vale lembrar, o que se tem visto na literatura (Neri, 2007a,b; Corteletti, Casara, & Herédia, 2010; Paula, 2010), e que os dados do IBGE (2010) comprovam, é que o país caminha, velozmente, para um perfil demográfico com, cada vez mais, pessoas envelhecidas. E à medida que a família não dispõe de condições para cuidar de seus idosos, crescem as demandas para que o Estado e o mercado ampliem seus espaços de atuação (Neri, 2007b). A autora informa que, muitas vezes, o cuidado de longa duração pelos familiares aos idosos não é, necessariamente, o mais adequado. Assim, faz-se necessário reconhecer que a transferência do cuidado do idoso para uma instituição pode ser vista de forma positiva. A institucionalização, por conseguinte, deverá fazer parte da infraestrutura básica das grandes cidades e das de porte médio.

No Brasil, de acordo com dados do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), presente em estudos de Camarano (2010), e com os Comunicados do IPEA (2011), entre 1940 e 2009, 2.987 novas instituições foram abertas, com aproximadamente 40 instituições sendo abertas por ano. Vale ressaltar que, das novas instituições que estão sendo abertas no país, a grande maioria são privadas com fins lucrativos, contudo a maior parte das ILPIs brasileiras ainda é filantrópica (62,2%). Algumas das instituições funcionam em casas, conforme pôde ser visto em instituições da cidade de Juiz de Fora.

Foi observado nesta pesquisa que, nas instituições públicas e filantrópicas, o número de pessoas independentes é maior do que nas particulares, o que se justifica pela provável ida dos idosos devido à carência de renda ou falta de residência. Por outro lado, nas ILPIs particulares, verificou-se que há mais pessoas dependentes, talvez pelo fato de os familiares não conseguirem cuidar desses idosos com suas limitações e/ou comprometimentos.

Essa pesquisa do IPEA (Camarano, 2010) mostrou que idosos totalmente dependentes não conseguem administrar a sua vida por falta de autonomia, mas não por estarem em uma instituição; já os idosos independentes têm total liberdade de ir e vir, podendo, até mesmo, trabalhar fora da ILPI; contudo, as refeições são em horários estabelecidos pela instituição.

De acordo com a mesma pesquisa, as instituições brasileiras estão concentradas na região Sudeste e nas cidades maiores. Nessa região, encontram-se 51,7% da população idosa e 63,5% das instituições brasileiras, sendo que aproximadamente 31% das instituições brasileiras identificadas no estudo estão localizadas nas cidades com mais de 500 mil habitantes.

As instituições identificadas na pesquisa do IPEA (Camarano, 2010) estavam distribuídas por 958 municípios, o que correspondeu a 57,4% do total de municípios da região. As regiões metropolitanas concentravam 36,2% delas, sendo a maioria localizada nas capitais. O município de São Paulo teve o maior número de instituições, 1.219 identificadas. Mais da metade delas (54,1%) estava no Estado de São Paulo, sendo que outras 30,8% estavam em Minas Gerais.

Outra característica investigada por este estudo foi o grau de dependência dos idosos, classificados como: independentes, semidependentes e dependentes. Essa classificação foi definida pela Política Nacional do Idoso (PNI) e considera o número de atividades da vida diária que o residente não consegue realizar. Essa é uma característica importante, pois a idade e a perda de autonomia física e/ou cognitiva constituem um determinante da busca por uma instituição. A maior proporção de idosos dependentes foi encontrada no Estado do Rio de Janeiro, seguido do Espírito Santo; já a mais baixa foi observada em São Paulo, 30,7%.

Na região Sudeste, conforme dados do IPEA, presentes em estudos de Camarano (2010), o gasto médio mensal por residente é de R\$ 796,42, mas esse valor é afetado pelos extremos, variando de R\$ 106,67, valor declarado por uma ILPI em Minas Gerais, a R\$9.230,77, reportado por outra em São Paulo. Pelo fato de esta dissertação explorar instituições da região Sudeste, mais especificamente São Paulo e Minas Gerais (Juiz de Fora),

serão apresentadas mais informações referentes a esses locais. Os dados do IPEA (Camarano, 2010) indicam que a proporção de pessoas idosas em ILPIs é de 0,6%. Apesar de baixa, ela é uma das maiores do país. Em Minas Gerais, alcança 0,8%.

Em Minas Gerais, de acordo com a pesquisa citada, foram identificadas 693 ILPIs. Elas estão distribuídas por 476 municípios, o que corresponde a 55,8% do total do estado. A maior parte estava concentrada em Belo Horizonte, 70 delas. Destacam-se também os municípios de Juiz de Fora, onde estão localizadas 16 instituições, e Uberaba, que abriga 15 instituições.

Os idosos institucionalizados constituíram cerca de 1% do total de idosos do estado, com as mulheres predominando, aproximadamente, 55%. Observou-se, neste estudo, sendo que outros autores também trazem esta informação (Neri, 2007a,b; Corteletti, Casara, & Herédia, 2010; Paula, 2010), de que a proporção de mulheres em ILPIs aumentou com a idade, assim como na população idosa no geral.

Quanto à natureza das ILPIs, 96,3% são privadas, sendo 85,9% delas sem fins lucrativos (filantrópicas), 10,4% com fins lucrativos e 3,2% públicas. A principal fonte de recursos das ILPIs vem das contribuições e/ou mensalidades dos idosos (aproximadamente 66,3% do orçamento), contudo há os recursos próprios (leilões, festas beneficentes, recursos de mantenedora), que correspondem a 11,4%, e o financiamento público e as doações são responsáveis, cada uma, por aproximadamente 10% do orçamento, conforme dados do IPEA (Camarano, 2010).

De acordo com as características das instituições em Minas Gerais, verificou-se que houve um predomínio de ILPIs de pequeno e médio porte, com 60% do total de instituições com capacidade de receber até 29 pessoas. Em mais de 90% delas, há refeitório, jardim, pátio, quintal e lavanderia, sendo que 85% apresentam sala de TV; já biblioteca ou sala de leitura, somente 7,5% delas oferecem esse lazer. E 58,3% contam com postos de enfermagem. Quanto ao quarto por leito, a maioria dos quartos possui dois leitos, como mostram dados do IPEA (Camarano, 2010).

A distribuição dos idosos por grau de dependência, conforme dados do IPEA (Camarano, 2010), mostrou que a maior parcela foi composta por semidependentes, 35,9%. Outros 33,1% são independentes e 30,1% dependentes, sendo que, dos residentes semidependentes, 55,8% são mulheres. Os homens predominaram entre os independentes, a justificativa dada pelo estudo é porque eles são mais jovens do que as mulheres. Entre os idosos dependentes, 56,5% eram demenciados, ou seja, tinham algum comprometimento cognitivo. As mulheres constituíram maior parte do grupo, 61,3%.

Quanto ao gasto por idoso, a instituição, em média, despendia R\$ 550,15. Esse custo apresentou grande variação, ou seja, o valor máximo encontrado foi de R\$ 2.361,61 e o mínimo, de R\$ 106,67.

Quanto ao Estado de São Paulo, o mais populoso do Brasil, abrigava, em 2000, uma população de aproximadamente 37 milhões de indivíduos, população esta quatro vezes maior do que a observada 50 anos atrás. O processo de envelhecimento da população de São Paulo começou primeiro do que no restante do país, encontrando-se, portanto, em estágio mais avançado, como mostram os dados do IPEA (Camarano, 2010).

Foram identificadas 1.219 ILPIs no Estado de São Paulo. A região metropolitana, com seus 39 municípios, concentrou 38,1% dessas instituições, sendo a maioria localizada na capital, onde foram identificadas 276 instituições, conforme pesquisa do IPEA (Camarano, 2010).

As mulheres predominaram entre os idosos, principalmente entre os muito idosos, o que já é consagrado na literatura. No Estado de São Paulo, em 2000, elas constituíam 56,2% da população idosa.

Quanto à natureza das instituições, no Estado de São Paulo, predominaram as instituições filantrópicas (57,0%), sobretudo as religiosas, as privadas com fins lucrativos foram 40,3%, sendo 1,7% públicas e 1% mista. De acordo com a fonte de recursos da ILPI, a principal fonte de financiamento é dos idosos, representando 51,1% do seu total. Ressalta-se que aproximadamente 50% das ILPIs analisadas no estudo do IPEA (Camarano, 2010) recolhem uma parcela da aposentadoria ou do benefício social do idoso. Os financiamentos públicos e os recursos próprios oriundos de bingos, bazares, festas beneficentes correspondem a 21,8%; já as doações em dinheiro somam 8,7%. Dessa forma, a natureza das instituições é determinante nas fontes de financiamento, ou seja, as instituições filantrópicas sobrevivem mais com as contribuições dos idosos, de instituições mantenedoras e doações; enquanto as instituições privadas com fins lucrativos contam apenas com a mensalidade paga pelos idosos e/ou familiares e, em alguns casos, com recursos próprios.

Quanto aos espaços nas ILPIs, observou-se que mais de 90% das instituições pesquisadas contavam com refeitório, jardim/pátio/quintal, sala de TV/vídeo, o que indicava espaços para a convivência dos idosos. Além disso, 51,1% das instituições declararam contar com horta/pomar. A existência de espaços de lazer e leitura para os idosos, como sala de jogos e biblioteca, foi citada por apenas 18,5% e 16,8%, respectivamente. A lavanderia e o posto de enfermagem foram locais identificados por 92,5% e 81,2% das instituições paulistas.

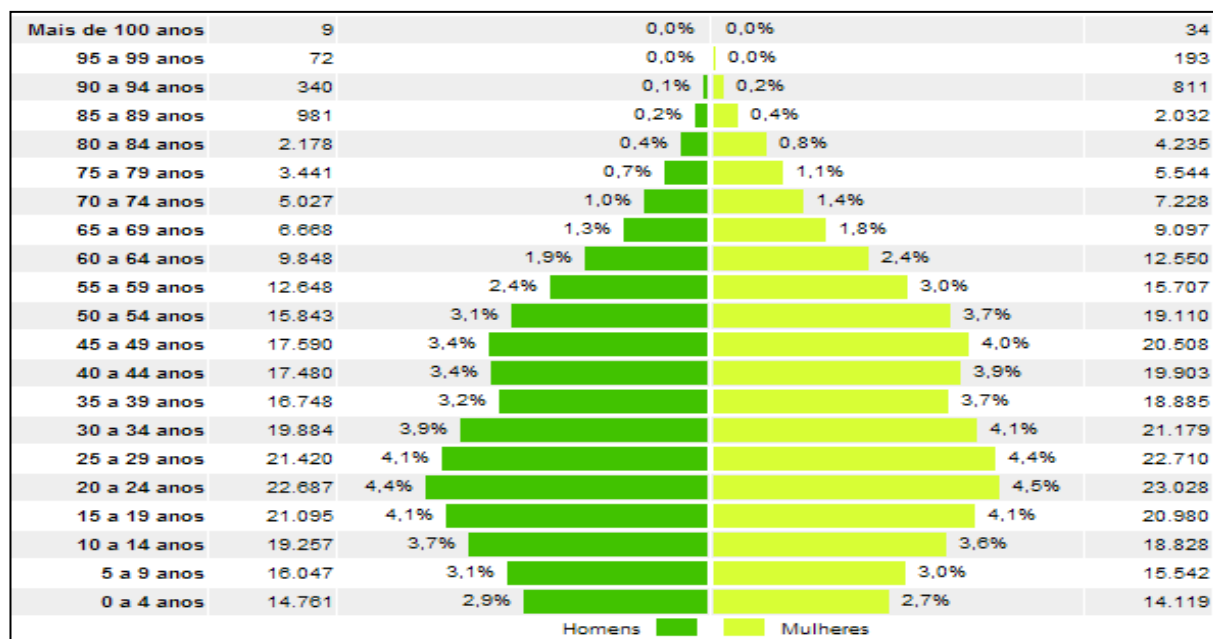
Apenas 39,1% possuíam consultório médico e 23,0% citaram enfermaria, conforme dados do IPEA (Camarano, 2010).

No que se refere ao número de leitos por quartos, o que predominou foi terem dois leitos por quarto (37%), o que é encontrado em 37,0% das instituições pesquisadas e um leito por quarto foi observado em 31,2% das instituições.

A distribuição dos residentes por grau de dependência apontou para um grande número de pessoas independentes (35,4%). Os semidependentes constituíram 33,9% do total e os dependentes, 30,7%. Entre os homens, 41,5% são independentes e, entre as mulheres, 30,8%. Essa diferença pode ser explicada, de acordo com estudos do IPEA (Camarano, 2010), pela idade baixa dos homens, o que os deixa menos propensos a adquirir as limitações características de idades avançadas. Por outro lado, enquanto 34,5% das mulheres eram dependentes, 25,7% dos homens também o eram. Entre os idosos dependentes, 66,9% eram demenciados, ou seja, tinham algum comprometimento cognitivo. Nesse grupo, as mulheres constituíram a maioria, 67,2%. Quanto ao gasto por idoso, a instituição, em média, despendia R\$ 924,54. Esse custo apresentou grande variação, ou seja, o valor máximo encontrado foi de R\$ 9.230,77 e o mínimo de R\$ 117,98. Esses valores refletem não só a oferta de serviços das instituições, como também a natureza das instituições.

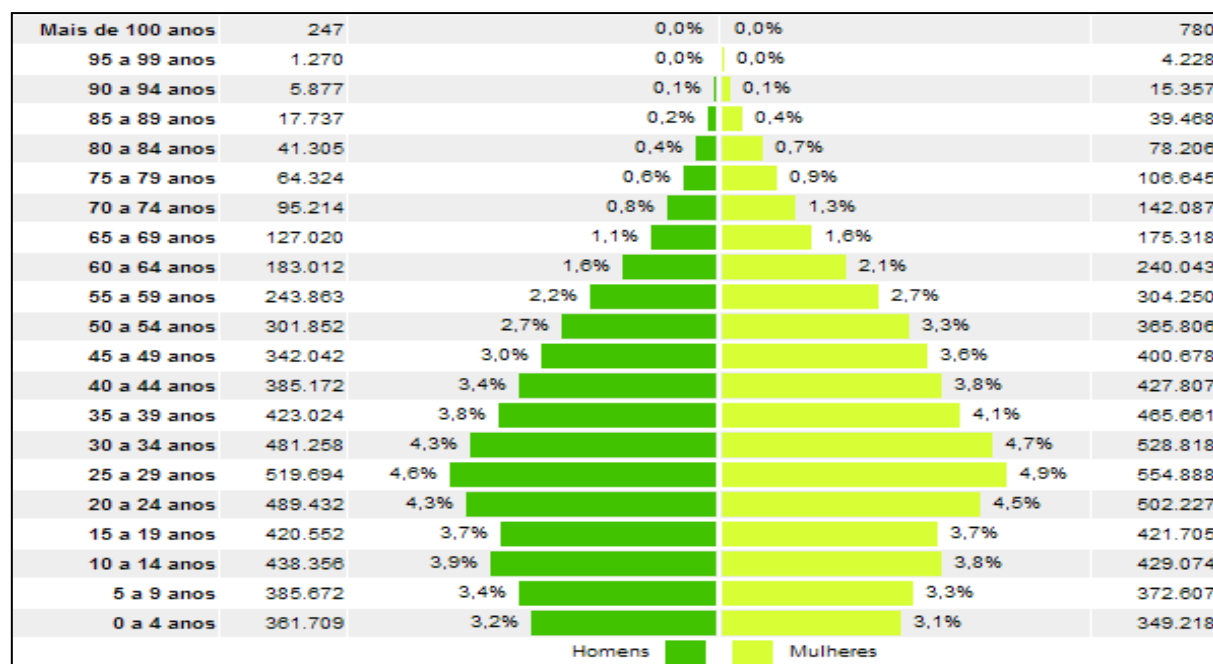
Esta dissertação se propôs a pesquisar duas ILPIs de Juiz de Fora e duas em São Paulo, sendo uma particular e uma filantrópica/pública de cada cidade, visto que, ao observar a região Sudeste, Minas Gerais e São Paulo, esses locais se destacam quanto ao número de instituições, estando Juiz de Fora em segundo lugar, sendo essa a cidade onde a pesquisadora possui domicílio, além de já ter tido contato com as ILPIs da cidade. Ao comparar as pirâmides de Juiz de Fora (Gráfico 1) e São Paulo (Gráfico 2), extraídas do *site* do IBGE (2010), o número total, em porcentagem, aproxima-se, quando se avaliam as faixas etárias, embora em números absolutos isso não aconteça devido à população de cada local.

Gráfico 1: Distribuição da população por sexo, segundo os grupos de idade – Juiz de Fora/MG – 2010.



Fonte: IBGE (2010).

Gráfico 2: Distribuição da população por sexo, segundo os grupos de idade – São Paulo/SP – 2010.



Fonte: IBGE (2010).

Ao observar essas pirâmides e comparar uma faixa etária com números próximos, nota-se que são, aparentemente, pirâmides muito parecidas e que as duas cidades devem se preparar para o envelhecimento e receber a população cuja faixa etária está acima de 60 anos, de forma comprometida com a sociedade, destinando recursos e aplicações em investimentos, pois o número de idosos dessas localidades cresce na mesma proporção.

Contudo, sabe-se que os mitos e preconceitos em relação à velhice não se modificam de forma tão acelerada e que os diversos posicionamentos diante do envelhecimento encontram-se ligados a valores que predominam em determinado contexto e em cada momento histórico. A fim de que se possa contribuir para a mudança de valores, faz-se necessário chamar a atenção para a complexidade do processo de envelhecimento e das diversas formas de viver a velhice. É importante considerar a heterogeneidade das pessoas idosas e dos grupos sociais aos quais pertencem, que podem apresentar diferenças profundas e antagônicas. É preciso também levar em consideração que existem populações de idosos bastante diferenciados, devido às condições econômicas, sociais e culturais diversas dessas pessoas (Corteletti, Casara, & Herédia, 2010).

3 PERCURSO METODOLÓGICO

Neste capítulo, buscou-se definir a metodologia da pesquisa e as ações que viabilizaram sua execução. Procurou-se, nesta seção, descrever os procedimentos metodológicos, além de destacar a população e amostra, os instrumentos utilizados e a análise dos dados.

3.1 MODELO DE ESTUDO

A presente pesquisa constituiu-se como um estudo exploratório com abordagem quanti-qualitativa. A integração de dados numéricos e de dados textuais em um mesmo estudo pode ser desenvolvida de forma simultânea, concomitante ou em sequência, ou seja, os dados quanti-qualitativos são coletados no mesmo período de realização da pesquisa de campo ou trabalha-se inicialmente com uma etapa e, depois de concluída, inicia-se a próxima, como foi realizado neste trabalho (Santos, 2009).

Para Santos (2009), as vantagens desse tipo de pesquisa é que ela fornece orientação ao pesquisador sobre o que está sendo feito e o que se pretende fazer, clarifica os objetivos e possibilita maior aprofundamento na compreensão dos resultados.

Na pesquisa quantitativa, os dados obtidos por meio de informações coletadas por meio de questionários fechados e escalas são quantificados, com a utilização de técnicas estatísticas, ou seja, busca-se descrever, explicar e prever o fato (M. M. de Oliveira, 2008).

A força do método é atribuída à qualidade de alta confiabilidade/reprodutibilidade dos resultados que foram obtidos, e o objetivo das pesquisas, ao utilizar tal método, é o estabelecimento matemático das relações causa-efeito (Turato, 2005).

Apesar das vantagens de estabelecer correlação matemática entre os resultados e oferecer oportunidade de confrontar os resultados com achados de outras pesquisas quantitativas, confirmando ou refutando hipóteses previamente formuladas, é cada vez mais crescente o interesse e a realização de pesquisas qualitativas no campo da saúde, tornando-as bem aceitas pelos jornais médicos nas últimas décadas (Turato, 2005).

Na atualidade, é mais frequente haver profissionais de saúde que não somente dão importância aos métodos quantitativos, como também reconhecem a importância e ajuda dos métodos qualitativos para melhor compreender a vida dos pacientes.

No contexto da metodologia qualitativa aplicada à saúde, emprega-se a concepção trazida das Ciências Humanas, segundo as quais não se busca estudar o fenômeno em si, mas entender seu significado individual ou coletivo para a vida das pessoas. Segundo Turato (2005):

Torna-se indispensável assim saber o que os fenômenos da doença e da vida em geral representam para elas. O significado tem função estruturante: em torno do que as coisas significam, as pessoas organizarão de certo modo suas vidas, incluindo seus próprios cuidados com a saúde (p. 509).

Na abordagem qualitativa, o pesquisador participa, compreende e interpreta os fatos (Michael, 2005). Esta pode ser caracterizada como sendo uma tentativa de explicar em profundidade o significado do resultado das informações obtidas por meio de entrevistas ou questões abertas (M. M. de Oliveira, 2008).

Ao pretender trabalhar com materiais relacionados a textos produzidos a partir do discurso dos sujeitos investigados, este estudo teve como referencial metodológico, para coleta e discussão dos resultados, a Análise de Conteúdo na perspectiva de Bardin (2009).

Bardin (2009) descreveu a Análise de Conteúdo¹⁰ como um leque de técnicas que podem ser aplicadas a vários tipos de dados. Sendo assim, a autora definiu-a como:

Um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrições do conteúdo das mensagens indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens (p. 44).

A escolha de se trabalhar com dados quantitativos complementados pelos qualitativos deveu-se à possibilidade de privilegiar tanto a mensuração de dados com

¹⁰ A Análise de Conteúdo foi desenvolvida por Laurence Bardin por meio da adaptação da Técnica de Análise de Aserção Avaliativa (Evaluative Assertion Analysis, EUA), que foi elaborada por C. E. Osgood (1959), Sapota e Nunnally (1956).

instrumentos já validados pela população em estudo, tais como as capacidades cognitivas e funcionais dos indivíduos pesquisados, permitindo, assim, maior precisão no que se refere à explicação quantitativa dos fatos, quanto à análise de dados das entrevistas, o que permite privilegiar o rigor da objetividade, sem deixar de lado a riqueza da subjetividade. Destaca-se também o fato de que essa técnica de análise qualitativa procura perceber, em maior profundidade, a pertinência das respostas, a lógica, a coerência, a fidedignidade dos dados informados, permitindo a extração de estruturas traduzíveis em modelos, que possibilita a realização de inferências a partir do material produzido durante as entrevistas.

A seguir, descreve-se a população e a amostra do estudo.

3.2 POPULAÇÃO E AMOSTRA

Em um primeiro momento, fez-se necessário selecionar as instituições a serem pesquisadas. A seleção dessas instituições obedeceu aos seguintes critérios:

- a) ter gestão brasileira;
- b) estar na região Sudeste;
- c) ter mais de 5 (cinco) anos de funcionamento;
- e) ter interesse pela pesquisa e aceitar participar dela;
- f) assinar a carta de aceite, fornecendo permissão para a realização das entrevistas;
- g) trabalhar com um número significativo de idosos.

A partir desses critérios, optou-se pela amostra por conveniência e por pesquisar 4 (quatro) ILPIs – 2 (duas) em Juiz de Fora e 2 (duas) em São Paulo. Essas instituições, ao todo, abrigavam, na ocasião da pesquisa, 307 (trezentos e sete) idosos. Dessa forma, com esse número de indivíduos, partiu-se para, em um segundo momento, também selecionar os sujeitos da pesquisa por meio da amostra por conveniência, obedecendo aos seguintes critérios:

- a) ser residente na ILPI há pelo menos um (1) ano;
- b) ter 60 (sessenta) ou mais anos de idade;
- c) aceitar participar da pesquisa;
- d) ser capaz de responder às perguntas formuladas.

Preencheram os critérios de inclusão 130 (cento e trinta) idosos de ambos os sexos, com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos. Esses residiam em 4 (quatro)

Instituições de Longa Permanência para Idosos de 2 (duas) cidades diferentes. A partir da concordância em participar da pesquisa, esses assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), e as dúvidas que surgiram foram esclarecidas.

Quanto ao risco para os participantes deste estudo, pode-se afirmar que este foi mínimo, ou seja, o mesmo considerado em atividades como conversar, andar ou ler. Quanto à identidade dos envolvidos na pesquisa, ressalta-se que esta foi tratada com padrões profissionais de sigilo, sendo os participantes identificados por números.

Para o desenvolvimento da pesquisa, os instrumentos selecionados serão transcritos a seguir.

3.3 INSTRUMENTOS

Foram utilizados na pesquisa instrumentos que obtiveram dados quantitativos e qualitativos. Para fazer a análise quantitativa, que constou da primeira parte do estudo, foram pesquisados os dados sociodemográficos (Anexo A) e aplicados os testes Mini-Exame do Estado Mental (Anexo B) e o instrumento de Lawton-Brody (Anexo C).

Para obtenção dos dados qualitativos, foi utilizada a entrevista semiestruturada com questões abertas sobre o envelhecimento e a institucionalização (Anexo A)

3.3.1 Instrumentos quantitativos

Um dos instrumentos utilizados na primeira parte da pesquisa foi a entrevista semiestruturada, composta por questões fechadas, criadas, especialmente, para a realização do estudo. Com esse instrumento, objetivou-se avaliar dados referentes à situação sociodemográfica (idade, sexo, estado civil, escolaridade, identificação da instituição).

Além da entrevista para identificar as condições cognitivas dos idosos, utilizou-se o Mini-Exame do Estado Mental (Folstein et al., 1975), que foi desenvolvido por Folstein e McHugh, em 1975, e traduzido por Bertolucci, Brucki, Campacci e Juliano (1994). É um dos instrumentos mais utilizados em diferentes culturas e apresenta dados de validade e fidedignidade testados para a população brasileira, em 1994 (Lenardt et al., 2009). Não é um

teste autoaplicativo, por isso o aplicador deve ser rigoroso na aplicação. É utilizado para avaliação de danos cognitivos e não é específico para o diagnóstico de demência (Paula, 2010). É um instrumento composto por 30 (trinta) itens com questões agrupadas em sete categorias, cada uma delas com o objetivo de avaliar um grupo de funções cognitivas específicas: orientação temporal, orientação espacial, memória imediata e de evocação, atenção e cálculo, linguagem-nomeação, repetição, compreensão, escrita de uma frase ou sentença completa e cópia de dois pentágonos. A pontuação total desse teste pode variar de zero até o máximo de 30 (trinta) pontos. De acordo com Almeida (1998), os escores do MEEM sofrem influência significativa da idade e da escolaridade do indivíduo. Para amostras sem escolaridade, o ponto de corte sugerido foi de 19 (dezenove), e, para escolarizadas, foi de 23 (vinte e três). Pontuações abaixo de 23 pontos significam presença de *déficit* cognitivo e igual ou acima de 23 pontos mostram que os idosos estão com a capacidade cognitiva preservada. Em um estudo feito com idosos institucionalizados, de ambos os sexos, Converso e Iartelli (2007) utilizaram o MEEM e adotaram a mesma pontuação deste trabalho.

Para identificação da capacidade funcional, utilizou-se a Escala de Lawton-Brody (para AIVDs) (Lawton, & Brody, 1969). Essa escala avalia tarefas mais complexas, relacionadas à adaptação do indivíduo no meio ambiente. Foi adaptada ao contexto brasileiro e traduzida para o idioma português por Santos e Virtuoso Júnior (2008), que, nesse mesmo estudo, analisaram a confiabilidade dessa escala, que apresentou ser confiável na avaliação da capacidade funcional, na realização das atividades instrumentais de vida diária.

Esta se fundamenta nas atividades instrumentais de vida diária e focaliza a capacidade de o idoso se adaptar a seu meio, incluindo atividades variadas relacionadas à independência da realização de tarefas, dependência parcial (necessidade de algum auxílio na execução das tarefas) e dependência completa nas capacidades de: usar o telefone, viajar, fazer compras, preparar refeições, fazer trabalhos manuais domésticos, tomar remédios e cuidar das finanças.

Trata-se de uma escala formada por questões em que cada uma dessas atividades relacionadas anteriormente são classificadas de 1 a 3 pontos, na qual 1 representa dependência completa para tal função, 2 mostra que o idoso precisa de ajuda e 3 representa total independência para desempenhar as atividades. O escore nessa escala varia entre 8 e 27 pontos, mas a independência funcional ou dependência parcial é obtida por intermédio dos escores na referida escala entre 18 e 27 pontos. Para este estudo, adotou-se o seguinte critério, sugerido pela Atenção à Saúde do Idoso – Guia de Saúde do Idoso (Brasil, 2006): 19 a 27 pontos – independência; 10 a 18 – dependência parcial; e abaixo de 9 pontos – dependência.

Lacerda et al. (2010), em um estudo com idosos institucionalizados, utilizaram esse instrumento, destacando que o mesmo tem sido utilizado em outras pesquisas, além de ser reconhecido para a avaliação funcional da pessoa idosa na atenção básica, como mostrou o documento do Ministério da Saúde (Minas Gerais, 2006).

Além desses três instrumentos de abordagem quantitativa, utilizou-se mais um instrumento analisado qualitativamente.

3.3.2 Instrumento qualitativo

A segunda parte da entrevista semiestruturada constou de 5 (cinco) perguntas e teve a finalidade de identificar a percepção dos idosos sobre o envelhecimento e sua institucionalização. O instrumento foi antecipadamente preparado e revisado pela pesquisadora, submetido a um grupo de 6 (seis) juízes, doutores e a um teste-piloto com 8 (oito) idosos, a fim de avaliar o entendimento das seguintes questões:

- a) O que o (a) senhor (a) pensa a respeito do envelhecimento?
- b) Complete a frase: Envelhecer é...
- c) De que maneira gostaria de envelhecer?
- d) Como é envelhecer em uma instituição? Destaque pontos positivos e negativos.
- e) Se pudesse escolher, em que local gostaria de envelhecer?

Alves-Mazzotti e Gewandsznajder (1999) esclareceram que a entrevista, por sua natureza interativa, permite abordar assuntos complexos quando os mesmos são difíceis de explorar por meio de outros instrumentos. Por esse motivo, essa parte da pesquisa foi norteadada por tal método, a fim de que se pudessem perceber as impressões de cada participante do estudo sobre o tema pesquisado.

A seguir, serão destacados os procedimentos adotados para a realização deste estudo.

3.4 PROCEDIMENTOS

A realização deste trabalho teve início com a submissão da pesquisa ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), protocolado sob o número 1904.248.2009, em 20/10/2009, e o registro no Conselho Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) 4437.0.000.180-09, tendo sido aprovado pelo comitê em 19/11/2009, conforme Parecer presente no Anexo D. Após a aprovação do projeto, procedeu-se à pesquisa de campo.

Em fevereiro de 2010, realizou-se o primeiro passo, ou seja, a seleção das instituições que participariam da pesquisa, atendendo aos critérios de inclusão/exclusão. As instituições receberam uma cópia do projeto e uma carta de apresentação (Anexo E), em que estavam descritos o objetivo e a solicitação de permissão da pesquisadora para frequentar a instituição. A pesquisadora recebeu um termo de aceite (autorizando a permanência na instituição para realizar o estudo – Anexo F). Logo após, iniciou-se a segunda etapa, que foi a seleção da amostra, seguindo os critérios de inclusão/exclusão, para posterior realização das entrevistas semiestruturadas e aplicação dos testes.

A coleta dos dados teve início em maio de 2010, na cidade de Juiz de Fora, e, em julho de 2010, na cidade de São Paulo. Todos os idosos foram informados sobre os objetivos da pesquisa e solicitados a participar da mesma. As pessoas que concordaram em colaborar assinaram, inicialmente, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo G). O referido documento, elaborado em duas vias, foi entregue para cada entrevistado com a finalidade de informar os objetivos da pesquisa, bem como o compromisso com o sigilo a respeito da identidade dos participantes.

A pesquisadora realizou dois encontros com os participantes para atingir os objetivos da pesquisa. No primeiro encontro, foi feita a primeira parte da entrevista semiestruturada, que investigou dados sociodemográficos, e foram aplicados os testes MEEM e Lawton. No segundo momento, foram gravadas as entrevistas com os participantes para conhecer suas percepções sobre o envelhecimento. Em todos os momentos do estudo, a pesquisadora encontrou-se, individualmente, com os idosos em seus respectivos quartos e o tempo médio das entrevistas foi de 1 (uma) hora.

Essas tinham por objetivo aplicar os instrumentos quantitativo e qualitativo. As entrevistas foram gravadas e transcritas na íntegra¹¹ para investigar as percepções dos idosos

¹¹ Como presente no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, presente no Anexo G.

sobre envelhecimento. O encontro com os entrevistados residentes nas ILPIs permitiu maior contato da pesquisadora com os idosos e com os discursos deles. Ressalta-se que, no tocante à gravação das entrevistas, foi solicitada, também, permissão para a gravação das mesmas (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido). Cumpre ressaltar que os dados obtidos por meio das entrevistas serão preservados pelo prazo mínimo requerido em pesquisa (5 anos) no Laboratório de Estudos do Corpo (LABESC).

3.5 ANÁLISE DOS DADOS

A análise dos dados também foi realizada em duas etapas. A primeira ocupou-se com o uso de técnicas bioestatísticas para organização dos achados, tabulados de acordo com procedimentos estatísticos, apresentados em linguagem matemática de tabelas e quadros. O objetivo dessa análise foi estabelecer correlações entre resultados matemáticos, confrontando os achados com resultados de outras pesquisas quantitativas. Os dados estatísticos¹² analisados nessa primeira etapa foram referentes ao perfil da amostra, alguns inseridos e avaliados a partir de programa estatístico (SPSS-19) e trataram de analisar as questões referentes à situação sociodemográfica e às condições cognitivas e funcionais dos idosos, com o objetivo de elaborar o perfil dos entrevistados.

A segunda etapa teve como objetivo analisar os dados qualitativos, utilizando-se do referencial da Análise de Conteúdo de Bardin (1977), com os resultados sendo tratados “de maneira a serem significativos (falantes) e válidos” (p. 101). Foi feita uma pré-análise das entrevistas por meio da análise flutuante, para organização do material. Em seguida, construiu-se um *corpus* de análise a partir da formulação das categorias. Nestas, foram reunidos grupos de elementos com características comuns, tendo sido observadas respostas similares ou convergentes para posterior definição das unidades de análise. Neste estudo, as categorias foram definidas pela exploração do material e pelo agrupamento das respostas em classes definidas pelo conteúdo da pesquisa. O uso da Análise de Conteúdo permite a categorização por relevância teórica. Os resultados serão apresentados por meio da interpretação dos dados categorizados, simultaneamente, à apresentação dos mesmos,

¹² Os dados estatísticos são utilizados quando visam dar maior precisão aos dados coletados, que são analisados com base na realidade, nos objetivos e nos fundamentos teóricos (M. M. de Oliveira, 2008).

permitindo o confronto dos novos conceitos com os construídos em outras pesquisas qualitativas.

Dessa forma, foi permitida a elaboração dos indicadores para a discussão, ou seja, a inferência, que constituiu o procedimento final, do qual foi lançado mão. Este refletiu a comparação entre o que emergiu da população pesquisada e o que se encontrou presente na literatura e nos meios de divulgação científicos. Os próximos capítulos abordarão os resultados, além da análise e discussão dos mesmos.

3.6 CARACTERIZAÇÃO DAS ILPIs

Este tópico teve como objetivo caracterizar as ILPIs pesquisadas de modo a entender a estrutura e o funcionamento dessas instituições. Foram pesquisadas 4 (quatro) instituições, 2 (duas) de Juiz de Fora e 2 (duas) de São Paulo. As descrições das mesmas foram feitas de forma sigilosa e com os cuidados éticos necessários. A escolha de tais ILPIs seguiu os critérios de inclusão apresentados anteriormente, e a caracterização foi referente a seu funcionamento.

Essas instituições serão apresentadas a seguir e identificadas como ILPI 1, ILPI 2, ILPI 3 e ILPI 4, depois serão caracterizadas as ILPIs por grupo (filantrópicas e particulares).

3.6.1 ILPI 1 – Instituição filantrópica em Juiz de Fora/MG

A ILPI 1 foi inaugurada em outubro de 1915, com o objetivo de proporcionar mais qualidade de vida aos idosos. Trata-se de uma instituição filantrópica, de proteção e amparo à pessoa idosa, sem fins lucrativos, com capacidade para abrigar 130 (cento e trinta) pessoas de ambos os sexos e de diferentes idades.

Trata-se de uma ILPI localizada em área urbana, afastada do centro da cidade, com ponto de ônibus na porta de entrada/saída. Na época da visita para realização da pesquisa de campo, em 2010, tinha 4.000m² de área construída, o restante do terreno estava alugado para outras empresas. A estrutura da instituição era em forma de um amplo prédio, dividido em alas. O primeiro andar é destinado aos homens, sendo que uma parte dele é reservada para

dependentes e a outra, para semidependentes e independentes. O segundo andar é destinado às mulheres, sendo também dividido em área para dependência e semidependência/independência.

A instituição possui cadastro no Conselho Nacional e Municipal de Assistência Social (CNAS e CMAS), no Conselho Municipal do Idoso (CMI) e tem aval da Vigilância Sanitária para funcionar.

A ILPI 1 tem convênio com o Governo Federal e Municipal e recebe verba *per capita* para manter a instituição. Também tem como fonte de recursos os pagamentos dos idosos, as doações e o bazar. De acordo com a funcionária responsável pela ILPI 1, no momento da entrada do idoso, é realizado um acordo para que a família contribua com uma parte do salário mínimo do idoso. Os familiares contribuem com 70% do salário mínimo para os gastos da ILPI com o idoso, como alimentação e moradia, e as despesas com fraldas e remédios ficam por conta da família. Há os idosos que não possuem responsáveis, nesse caso, a ILPI recebe o pagamento, sendo que 70% é para a ILPI e o restante, (30%), para despesas com fraldas e remédios. Os idosos que não contribuem com nenhum valor, devido à Lei de Filantropia¹³, correspondem a 20% do total de moradores na ILPI.

A avaliação para entrar na ILPI 1 segue os seguintes critérios: ter mais de 60 anos, apresentar um responsável para assinar o termo de compromisso, e, caso queira entrar na ILPI por vontade própria, o idoso deve ser lúcido para assinar por ele, responsabiliza-se pelos atos e também ser aprovado nas entrevistas com os técnicos (psicólogo, assistente social e médico) – avaliação da situação sociofamiliar e de saúde para estar em conformidade com o perfil e as condições da ILPI.

De acordo com a psicóloga da instituição, o perfil era “maioria dependente e semidependente, alguns com demência”. Ela não soube informar ao certo a quantidade exata de idosos com comprometimentos. Informou, ainda, que havia uma lista de espera para entrar na ILPI, mas que são seguidos os critérios de inclusão (idade, responsável e avaliações), “temos verbas do governo e precisamos seguir estes critérios, pessoas com 50, 55 anos não são aceitos, e, caso não siga isso, não entra nesta ILPI” – disse a psicóloga. Assim, fica claro que, se a pessoa não atender a esses critérios, não é possível residir na instituição.

Segundo a psicóloga, os critérios de inclusão na instituição são os descritos anteriormente, e, quanto aos idosos, a maioria deles são dependentes e semidependentes (100) e somente 30 são independentes.

¹³ Certificação que as entidades beneficentes de assistência social recebem para obtenção da isenção das contribuições para seguridade social.

Os idosos são acomodados nos 31 (trinta e um) quartos situados no pavimento térreo e superior, sendo o acesso a este último por meio de rampa. Todos são quartos coletivos, no pavimento térreo, sendo que os 15 (quinze) quartos para idosos do sexo masculino possuem 4 (quatro) camas cada um, havendo somente 1 (um) quarto maior, que possui 8 (oito) camas. No andar superior, encontram-se os 16 (dezesseis) quartos das mulheres, também com quatro 4 (quatro) camas cada, e um com 5 (cinco) camas. A ILPI estava com obras de ampliação na época da visita (2010), para atender mais idosos, ampliando a capacidade para 150 (cento e cinquenta) e, desse modo, aumentará o número de quartos para atender a ambos os sexos. Nos quartos dos idosos dependentes, não há banheiros, mas, nos restantes, há banheiro completo, sendo que, na porta de cada acomodação, há uma fotografia do ocupante do quarto para facilitar a sua localização.

A ILPI 1 presta atendimento aos idosos, compreendendo:

- Seis refeições ao dia (café, almoço, café da tarde, jantar e ceia) – os idosos não se servem, já vem o prato pronto da cozinha para cada um, e, para os que precisam de dieta, a fonoaudióloga (pessoa responsável nesta ILPI por saber o que cada idoso pode comer) deixa na cozinha a lista do que cada um pode comer; as cuidadoras dão a comida na boca dos que não conseguem comer sozinhos;
- Lavanderia: fornecimento de roupa de cama, banho e vestuário limpos;
- Assistência de todos os profissionais, e, quando os idosos necessitam de profissionais como fisioterapeutas e fonoaudiólogos, é realizada uma avaliação e, assim, inicia-se o tratamento.

Essa instituição oferece atendimento que engloba uma equipe composta por médico, enfermeira, fisioterapeuta, fonoaudióloga, psicóloga, assistente social e educador físico, além de colaboradores que atuam na área de apoio (higienização e limpeza, lavanderia, motorista e manutenção), perfazendo um total 60 (sessenta) funcionários. Há trabalhos voluntários de nutrição, manicures e recreadores, além de convênios com diversas faculdades para estágios.

A instituição realiza festas temáticas com o intuito de entreter os residentes e reunir os idosos, familiares, colaboradores, comunidade local e amigos. Para realizar alguns passeios fora da instituição, os quais ocorrem bi/trimestralmente, os idosos da ILPI 1 dependem de ônibus doados por empresas para poderem ir aos eventos. A instituição possui um carro e duas Kombis, mas estes são destinados a levar idosos em consultas e são usados para trabalhos internos.

Quanto a visitas, 20 (vinte) idosos não as recebem por não terem nenhum familiar e já terem entrado na ILPI sem nenhum familiar/responsável – entraram na instituição por encaminhamento da prefeitura da cidade –, o restante, 110 (cento e dez) idosos, recebe visitas e o controle destas é feito em um livro, que fica na portaria da ILPI 1, no qual consta o nome do visitante, o grau de parentesco e o horário da visita. As enfermeiras também realizam esta verificação, pois estão em contato com os idosos a todo o momento e sabem quem está recebendo familiares ou não.

3.6.2 ILPI 2 – Instituição particular em Juiz de Fora/MG

A ILPI 2 possui 10 anos de funcionamento e foi criada com o objetivo de oferecer aos idosos estrutura, conforto e segurança, aliados ao carinho e aconchego de um lar. É uma casa voltada, especialmente, para a Terceira Idade e oferece moradia, apoio em assistência à saúde, serviço de alimentação, eventos, lazer e atividades de socialização. Possui capacidade para atender 24 (vinte e quatro) idosos, de ambos os sexos, com idade superior a 60 (sessenta) anos. Os idosos podem se hospedar de forma temporária ou permanente; Centro-dia (o idoso fica na instituição durante todo o dia, mas dorme em casa) ou só pernoite.

Trata-se de uma ILPI localizada em área urbana e nobre da cidade, no entanto, afastada do centro comercial, com ponto de ônibus na porta de entrada/saída. Na época da visita para realização da pesquisa de campo, em 2010, a diretora da instituição disse não saber ao certo a metragem de cada espaço, mas mostrou o alvará de funcionamento da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e informou que “tudo está de acordo com as normas de infraestrutura física pedida por eles, tamanho de quarto, banheiro, cozinha, salas”. A estrutura da instituição é em forma de casa: “– Aqui foi planejado para ser uma CASA, tudo foi planejado e feito, especificamente, para estas pessoas nessa idade”, disse a diretora da instituição. Como em uma casa, cada idoso tinha seu quarto, e, nessa ILPI, não havia distinção de andares da casa por sexo e por limitações cognitivas e funcionais.

Essa instituição se apresenta como um serviço particular, sendo reconhecida como “ILPI diferenciada”, pois o nível de dependência dos idosos é tão baixo que não há necessidade de ter um médico durante 24 horas. As enfermeiras ficam na instituição e o médico é solicitado apenas quando necessário.

A instituição possui cadastro no Conselho Municipal do Idoso, sendo reconhecida como ILPI, tem aval da ANVISA para funcionar, e há fiscalização dos bombeiros por meio do Auto de Vistoria do Corpo de Bombeiros (AVCB). Além disso, os idosos têm cadastro na Agência de Cooperação Intermunicipal em Saúde Pé da Serra (ACISPES) e realizam exames para prevenção de doenças.

A ILPI 2 não tem convênio externo, sendo a fonte de recursos para a instituição funcionar somente com o pagamento dos idosos. Especificamente, com relação aos idosos, todos pagavam. O valor, em abril de 2011, era de R\$ 2.800,00 para os idosos que gostariam de morar na ILPI, mas havia pessoas (13) que pagavam o valor de R\$ 1.800,00, R\$ 1.600,00 e R\$ 1.300,00 porque entraram antes, quando o valor era menor e mesmo com os ajustes do Índice Geral de Preços do Mercado (IGP-M)¹⁴ – todo ano ajustado.

Ao pagar esses valores, o idoso tem direito a: alimentação com 6 refeições diárias (café, almoço, lanche da tarde, sopa e ceia); rouparia e lavanderia sem limite de peças para lavar; atividades ocupacionais – exercício físico; *yoga*; caminhada e relaxamento; palestras semanais; grupo de oração; eucaristia aos domingos; passeio mensal (opcional e supervisionado) e atendimento multidisciplinar. Medicamentos, fraldas, cuidadores e produtos de higiene pessoal são cobrados à parte, além dos serviços de fisioterapia, dentista, fonoaudióloga, manicure e cabeleireiro.

A avaliação para entrar na ILPI 2 é realizada da seguinte maneira: é feita uma avaliação do perfil do idoso interessado, do grau de dependência dele e de seus hábitos e costumes (alimentação, horários). A psicóloga conversa com os familiares e com o idoso (o idoso só fica na ILPI se quiser), verifica se o mesmo faz uso de medicamentos, se tem plano de saúde com direito a ambulância e ainda busca saber qual o médico desse idoso. De acordo com a diretora da ILPI, “a instituição só aceita idosos com dependência até o grau II, porque idosos acamados podem deprimir os outros moradores da instituição. Quando eles (os idosos) veem um idoso naquela situação (acamado), eles podem ficar se imaginando um dia estar daquela maneira. Mas, caso algum idoso que esteja aqui na instituição venha a ficar acamado, ele permanece, porque os idosos já o conheciam, sabem da história anterior dele e assim o acolhem”.

Na instituição, havia, em abril de 2011, 4 (quatro) idosos dependentes (grau II), com cuidadores particulares e o restante independentes.

¹⁴ É um índice utilizado para balizar os aumentos da energia elétrica e dos contratos de aluguel; dessa forma, as ILPIs utilizam IGP-M como parâmetro para identificar a inflação dos valores pagos pelos residentes.

A ILPI 2 possui 24 suítes (instalações individuais com armário, cama, banheiro e mobílias vindas das casas dos idosos) – na porta de cada acomodação, há uma fotografia do ocupante do quarto para facilitar a sua localização –; sistema interno de monitoramento 24 horas; área especial para caminhada, sala de jogos, leitura, televisão e DVD; espaço ecumênico; jardim, pomar e horta orgânica; vista que possibilita aos idosos contato com a natureza e interação com o mundo; convênio com serviços de emergência e estruturas que obedecem às normas de segurança da ANVISA. Os idosos são acomodados em quartos situados no pavimento térreo e superior, sendo o acesso a este último por meio de rampa.

Há uma nutricionista que supervisiona o preparo das refeições e 2 (duas) pessoas ficam no refeitório no momento das refeições para eventuais problemas de engasgo. A maioria dos idosos se servem sozinhos e, quando foi realizada a pesquisa, nenhum idoso fazia uso de dieta especial. A sobremesa era composta por um prato dietético e outro não dietético.

A ILPI 2 presta atendimento que engloba uma equipe composta por psicólogo, nutricionista, técnico de enfermagem, além de colaboradores que atuam na área de apoio (cozinheira e serviços gerais), professor de educação física, terapeuta ocupacional e maestro, tendo em seu total 11 (onze) funcionários. Há trabalhos voluntários apenas para rezar o terço.

A instituição realiza festas temáticas com o intuito de entreter os residentes e reunir os idosos, familiares e amigos. Não há carros para realizar passeios e, quando isso ocorre, o transporte é alugado.

Quanto a visitas, a instituição é aberta 24 horas, sem horário específico. Todos recebem visitas, alguns menos frequentes devido ao fato de os familiares residirem em outras cidades, e o controle das visitas é feito em um caderno, de acordo com as normas da ANVISA. Os familiares assinam quando visitam seus idosos; desse modo, a ILPI 2 consegue verificar quem são as pessoas que vão à instituição e com que frequência.

3.6.3 ILPI 3 – Instituição filantrópica em São Paulo/SP

A ILPI 3 foi inaugurada em novembro de 1997, com o objetivo de atender a idosos carentes. Trata-se de uma instituição filantrópica, sem fins lucrativos, com capacidade para abrigar 64 idosos de ambos os sexos, com idade superior a 60 (sessenta) anos, em condições físicas e de saúde compatíveis com a idade, que não disponham de condições para

viver com autonomia e independência em relação à moradia, à alimentação e aos cuidados mínimos de higiene e segurança.

Trata-se de uma ILPI localizada em área urbana, afastada do centro da cidade, com ponto de ônibus na porta de entrada/saída. Na época da visita para realização da pesquisa de campo, em 2010, tinha 6.6000m² de área total e a área construída era de 3.620m². O quarto tinha, de acordo com o funcionário responsável pela ILPI, 19m², com banheiro de 2m². A instituição funciona em um amplo prédio de 2 (dois) andares, sem divisão de andar por sexo, e não há andar separado para pessoas com algum comprometimento cognitivo ou funcional.

A instituição possui cadastro no Conselho Municipal de Assistência Social, no Conselho Municipal do Idoso – Secretaria de Saúde – e tem aval da Vigilância Sanitária para funcionar.

De acordo com o responsável pela instituição, esta não cobra nenhum valor dos idosos para morar na ILPI, pois foi criada para abrigar os necessitados, independente de poderem pagar ou não para morar; no entanto, algumas famílias oferecem alguma contribuição.

A ILPI 3 não tem convênio com a prefeitura da cidade, sendo mantida com pagamentos dos idosos (9% do valor total), 11% de doações, bazar, bingos e a maioria (80%) vem de outra instituição. Destaca-se que, do total de idosos que mora nessa ILPI, apenas 43 (quarenta e três) contribuíam com as despesas. Desses, há os que têm familiares e os que não têm. Entre os que possuem familiares, a família é responsável pelo idoso e recebe o salário por ele, mas o valor repassado à instituição é de acordo com o que a família deseja contribuir naquele mês, não há um valor mínimo: “a maioria não contribui”, disse a responsável pela ILPI. Entre os que não possuem familiares, 14 idosos, a ILPI é responsável por eles, sendo que desses a instituição recebe 70% do valor da aposentadoria, o restante é para a compra de remédios, fraldas e necessidades dos idosos. Vale ressaltar que 7 idosos não contribuem com nada.

No ano de 2010, a instituição recebeu 816 pedidos de pessoas para morar na ILPI 3, mas apenas 10 foram atendidas porque a instituição está com a capacidade máxima para atendimento. Em conversa com o funcionário responsável pela ILPI 3, este informou que, no ano de 2011, até o mês de abril, os pedidos de idosos para morar na ILPI foram mais para o sexo masculino. A avaliação para entrar nessa ILPI é realizada do seguinte modo: uma assistente social visita a residência do idoso e faz uma avaliação para verificar suas reais condições e se há mesmo necessidade de ir para uma ILPI; no caso de confirmação da

necessidade de ir para a instituição, o médico geriatra realiza uma avaliação médica para saber as condições do idoso e verificar se a ILPI 3 tem o suporte necessário para cuidar dele.

O funcionário responsável pela instituição informou também que são os familiares, na maioria das vezes, que solicitam a institucionalização do idoso; no entanto, quando o idoso ainda é independente, este decidirá se quer ir para a ILPI.

Quanto aos critérios de inclusão nessa instituição, são os descritos anteriormente, sendo a maioria dependentes (40 idosos), 15 idosos semidependentes e somente 9 independentes. A maioria dos idosos na ILPI 3 possui doença de Alzheimer.

A instituição possui duas salas grandes e arejadas com televisor, aparelho de som, sofás, uma capela – onde, aos sábados, é celebrada missa aberta à comunidade –, refeitório, banheiros no andar térreo, que são usados para as pessoas que não quiserem ir até o seu quarto. Possui também uma área ajardinada, com caminhos planos – para pessoas com cadeiras de rodas (26 idosos) realizarem passeios –, um viveiro com pássaros e uma fonte de água.

Os idosos são acomodados em um dos 33 (trinta e três) quartos situados no pavimento térreo e superior, sendo o acesso a este último por meio de escadas, rampa ou elevador. No pavimento térreo, a prioridade das acomodações é para os idosos dependentes – no momento da entrevista, havia 28 idosos nesse andar.

Os quartos são semiprivativos com dois leitos e banheiro completo. Na porta de cada acomodação, há uma fotografia do ocupante do quarto para facilitar a sua localização. Somente 2 (dois) idosos ficam em quartos sozinhos, por demonstrarem agressividade. A instituição não possui os históricos deles, já que vieram de outras ILPIs que foram fechadas.

A ILPI 3 presta atendimento aos idosos, compreendendo:

- Seis refeições ao dia (café, suco com biscoito, almoço, lanche, jantar e ceia) – os idosos independentes se servem sozinhos, já os dependentes recebem ajuda de cuidadores;
- Fornecimento de roupa de cama e banho;
- Fornecimento de materiais e medicamentos;
- Assistência espiritual e religiosa. Diariamente, há uma atividade religiosa: reza do terço ou uma pequena celebração, orientada por um dos idosos;
- Atendimento social aos idosos e familiares;
- Assistência de enfermagem, que funciona em tempo integral durante as 24 horas do dia, estando os auxiliares preparados para os atendimentos de rotina;

- Assistência médica: o médico (geriatra – 20h semanais) realiza visitas diárias no período matutino. Ele dá atendimento não só aos casos clínicos que se encontram na área de recuperação e tratamento, como também dá consulta àqueles que se encontram indispostos;
- Atendimento nutricional, que está voltado para a preparação de alimentação artesanal apropriada ao idoso (baixos níveis de gordura, sal). Também há cardápios personalizados, de acordo com a patologia do idoso. A nutricionista elabora ainda alimentação enteral e seus suplementos;
- Atendimento fisioterápico coletivo e/ou individual, que atua, basicamente, nos campos preventivo e de reabilitação (neurológica, ortopédica e respiratória).

A ILPI 3 oferece um atendimento amplo, que exige uma equipe interdisciplinar, composta por médico, nutricionista, enfermeira, fisioterapeuta e assistentes sociais, além de colaboradores que atuam na área de apoio (higienização e limpeza, lavanderia, nutrição e manutenção), capelania, pastoral da saúde e administração, tendo em seu total 57 funcionários. Há trabalhos voluntários de cabeleireiros, manicures, pedagoga, cuidadores e educadores físicos, além de atividades específicas de colaboradores e parceiros com os idosos.

A instituição realiza festas temáticas com o intuito de entreter os residentes e reunir os idosos, os familiares, os colaboradores, a comunidade local e os amigos. Possui um carro (Van) para realizar passeios, que ocorrem uma vez por mês, momento em que os idosos têm a oportunidade de ver uma exposição, ir ao cinema, ao *shopping*, promovendo a inserção cultural.

Quanto a visitas, 14 (catorze) idosos não recebem parentes por não terem nenhum familiar e já terem entrado na ILPI sem nenhum familiar/responsável – entraram na instituição por encaminhamento de outra ILPI, a pedido de vizinhos. O restante recebe visitas e o controle dessas se faz por meio de lista de presença e contrato – que informa a presença do familiar/responsável pelo menos uma vez por mês.

3.6.4 ILPI 4 – Instituição particular em São Paulo/SP

A ILPI 4 foi inaugurada em julho de 2000. É um *flat* assistido, voltado, especialmente, para a Terceira Idade. Oferece moradia, apoio em assistência à saúde, serviço de alimentação, eventos, lazer e atividades de socialização. Também hospeda pessoas – idosas

ou não – em estado convalescente, que necessitam de atenção especial na área de saúde, enquanto se recuperam de algum tratamento.

Trata-se de uma ILPI localizada em área nobre e urbana da cidade, perto de uma avenida de fácil localização no centro comercial, com pontos de ônibus e metrô a poucos metros e perto de hospitais e acessos a regiões da cidade. Na época da visita para realização da pesquisa de campo, em 2010, a área global era de 1.360m², tendo os quartos de frente e de fundos para a rua 38m² e os que estavam na lateral do prédio 42m². A instituição funciona em um edifício, dividido em 16 (dezesesseis) andares mais a cobertura, com 8 (oito) quartos cada andar, mas disponível mesmo para idosos residirem eram 112 (cento e doze) quartos, pois o restante estava ocupado com a parte administrativa da instituição. Os primeiros andares são ocupados com idosos com maior comprometimento e os mais altos são reservados para aqueles com o mínimo de dependência.

Essa instituição se apresenta como um serviço particular. De acordo com a funcionária responsável pela ILPI 4 (2011), ao pagarem pela estadia, as pessoas contribuem com outra ILPI, ou seja, grande parte dos recursos gerados nessa instituição é direcionada à manutenção da qualidade e do atendimento a pessoas carentes.

Até abril de 2011, havia 93 (noventa e três) pessoas, idosos e convalescentes, de ambos os sexos, de diferentes idades, morando na instituição, sendo que a capacidade máxima é para 112 (cento e doze) pessoas.

A instituição possui cadastro no Ministério Público, por causa da responsabilidade por todos os idosos; na Prefeitura, é reconhecida como ILPI, tem aval da ANVISA para funcionar e há a fiscalização dos bombeiros (AVCB).

A ILPI 4 não tem convênio externo e a fonte de recursos para a instituição funcionar é o pagamento das pessoas. Especificamente com relação aos idosos, todos pagavam o valor, em abril de 2011, de R\$ 9.500,00 para os idosos que gostariam de morar na ILPI 4, mas havia pessoas que pagavam o valor de R\$ 6.500,00 porque entraram antes, quando o valor era menor e mesmo com os ajustes do IGP-M – todo ano ajustado – não chega ao valor atual.

Ao pagar esse valor, o idoso tem direito a: serviço de hotelaria, com troca de roupa de cama e banho todos os dias, lavanderia – 80 peças de roupa de uso pessoal –, atendimento da Unidade de Saúde – funcionamento 24h com administração de medicamento oral e colírio, verificação dos sinais vitais, medição da pressão, remoção emergencial, sendo que os outros medicamentos de que o idoso precisar são adquiridos por conta própria. Todos os idosos têm de ter um médico titular que os acompanhe. Também estão inclusos:

alimentação – 4 refeições diárias, atividade física em grupo – hidroginástica, academia, pilates –, lazer todos os dias – filmes, bingo, passeio externo, mas, nos passeios, o idoso tem direito ao transporte e as outras despesas são pagas por ele.

A avaliação para entrar nessa ILPI é realizada da seguinte maneira: é feita uma avaliação médica ou pós-cirúrgica: o médico entra em contato com a ILPI para informar as condições do idoso e definir se ele precisará de um cuidador, *Home Care*¹⁵, ou se é independente. No entanto, a instituição possui alguns critérios de inclusão: não fumar, não ter doença infectocontagiosa, não ter quadro psiquiátrico e nenhuma dependência que interfira no ambiente e/ou no convívio com as outras pessoas.

De acordo com a funcionária responsável pela instituição, metade dos idosos era independente e metade semidependente (precisava de cuidador).

A ILPI 4 possui 125 apartamentos, todos mobiliados, com banheiro, cozinha aparelhada e sala de estar, sendo que os quartos são individuais. Os idosos têm à sua disposição serviços como Unidade de Saúde composta por equipe médica geriátrica, enfermagem 24 horas com supervisão de enfermeiras, governança, apoio psicológico, alimentação especializada com supervisão de nutricionista. Vários eventos e atividades de lazer acontecem, diariamente, dentro e fora das dependências da instituição, que também oferece vigilância monitorada em todas as áreas comuns.

No andar térreo, há recepção e telefonia 24 horas com recados/mensageiros/correspondência; governança para arrumação/limpeza e higienização diária dos apartamentos, com troca da roupa de cama e de banho; lavanderia para roupas pessoais; restaurante que oferece 4 (quatro) refeições diárias, orientadas por nutricionista; garagem com manobrista; controle de acesso – circuito fechado de TV; cancela automática na garagem, gerador de energia; fechadura eletrônica nos apartamentos; brigada de incêndio, detectores de fumaça e alarmes; *coffee shop* com piano; jardim com espelho d'água, cascata, orquidário e viveiro de pássaros; sala de eventos; diretoria executiva e *marketing*, além de biblioteca com estações de acesso à Internet.

O 1º andar é constituído por Unidade de Saúde, composta por sala de consulta médica, de enfermagem e de observação, enfermagem 24 horas, além de uma equipe de profissionais da área de saúde e de remoção em caso de urgência. A medicação é administrada por esse setor. No 3º andar, há salão de beleza, barbearia e sala de psicologia. Na cobertura,

¹⁵ Conforme o plano de saúde adquirido pelo idoso, este pode receber o atendimento ambulatorial domiciliar, chamado *Home Care*.

existe um local para *Fitness* e ginástica; piscina aquecida, coberta e equipada com degraus, corrimão e barras de apoio, sauna, *solarium* e vestiário.

No 2º andar da instituição, há capela, salão de jogos, sala de TV com sistema a cabo, terraço descoberto e sala de artes.

Quanto ao restaurante, este tem administração própria, que coloca à disposição dos idosos uma completa equipe de profissionais que formula todas as refeições de maneira balanceada e saudável, com o acompanhamento de nutricionistas junto aos moradores que necessitam de dieta especial. A maioria dos idosos se servem sozinhos e, para os que alimentam por dieta, o prato já é servido pronto. A sobremesa é composta por um prato dietético e outro não dietético.

Os apartamentos são equipados com suíte, sala de estar e cozinha, decorados com mobília, TV a cabo, ar condicionado, ramal telefônico individual e botões de emergência nos ambientes ligados, diretamente, com a Unidade de Saúde e a Recepção.

Na ILPI 4, há um Departamento de Eventos e Lazer, que dispõe de uma Van. Esse departamento realiza, periodicamente, atividades com objetivos diversos, tais como: de lazer, cultural, social e de cunho filantrópico, por exemplo, filmes, atividades internas (palestras educativas, comemorações, missas, aniversários, bingo, aula de canto) e algumas saídas (*shows*, teatro, caminhadas, concertos musicais). As programações contam com a orientação de um Coordenador de Recreação e inclui opções personalizadas, desenvolvidas a partir de entrevistas e de acompanhamento individual.

Não há profissionais voluntários nessa instituição. Quanto a visitas, todos recebem os familiares, geralmente, para fazer refeições com o idoso, exceto uma idosa que já entrou na ILPI com problemas familiares e a instituição tem dificuldades em aproximar os familiares dela. A instituição é aberta 24 horas para visitas.

4 RESULTADOS

Este capítulo teve como objetivo caracterizar a amostra das ILPIs pesquisadas. Inicialmente, foram descritos os resultados quantitativos – referentes aos dados que identificavam o perfil sociodemográfico, cognitivo e funcional dos entrevistados – e, posteriormente, foram apresentados os dados relativos à entrevista sobre a percepção do envelhecimento.

4.1 RESULTADOS QUANTITATIVOS

A amostra do presente trabalho foi constituída por 130 (cento e trinta) idosos das 4 (quatro) ILPIs pesquisadas.

É importante destacar que as análises para comparar os dados entre as 4 ILPIs individualmente não foram priorizadas porque, em algumas instituições, o número de idosos que atendeu aos critérios de inclusão/exclusão foi pequeno, assim como a proporção entre homens e mulheres em cada uma delas. No Anexo H (Tabela 1), estão descritas as frequências de cada ILPI separadamente. Nas Tabelas 2 e 3, a seguir, foram descritas as análises descritivas das instituições separadas por grupos – filantrópicas e particulares – estudadas nesta pesquisa.

4.1.1 ILPIs filantrópicas e particulares

Este item teve por objetivo apresentar informações das características sociodemográficas, cognitivas e funcionais dos idosos das 4 instituições investigadas, divididas em grupos: filantrópicas e particulares.

Tabela 2: Caracterização das ILPIs filantrópicas e particulares de Juiz de Fora e São Paulo.

GRUPOS DE ILPIs	ILPIs – JF e SP Filantrópicas	ILPIs – JF e SP Particulares
TIPO	Filantrópicas	Particulares
CAPACIDADE DE IDOSOS NAS ILPIs	194	136
QUANTIDADE DE IDOSOS NAS ILPIs	194	113
QUANTIDADE DE IDOSOS ENTREVISTADOS		
total	55	75
homem	56,4% (n=31)	24% (n=18)
mulher	43,6% (n=24)	76% (n=57)
MÉDIA DE IDADE		
geral	75,38 (DP= 8,44) anos	83,51 (DP= 9,36) anos
homem	74,35 (DP= 9,30) anos	80,83 (DP= 11,33) anos
mulher	76,71 (DP= 7,15) anos	84,35 (DP= 8,59) anos
ESCOLARIDADE		
média geral (anos estudados)	3,85 (DP= 3,30) anos	6,11 (DP= 2,02) anos
homem (média)	3,90 (DP= 3,00) anos	6,00 (DP= 1,57) anos
mulher (média)	3,79 (DP= 3,72) anos	6,14 (DP= 2,16) anos
analfabetos	14,55% (n= 8)	n=0
nível de instrução primário (1 a 4 anos)	60% (n=33)	18,67% (n=14)
10 ou mais anos de escolaridade	5,46% (n=3)	2,66% (n=2)
ESTADO CIVIL		
casado	n=2 (3,6%)	n=6 (8,0%)
viúvo	n=14 (25,5%)	n=50 (66,7%)
separado/divorciado	n=15 (27,3%)	n=5 (6,7%)
solteiro	n=24 (43,6%)	n=14 (18,7%)

Fonte: a autora (2011).

Quanto aos dados referentes à capacidade cognitiva e funcional, a Tabela 3, a seguir, mostra o desempenho dos idosos nos testes aplicados (MEEM e Lawton):

Tabela 3: Capacidade cognitiva e funcional dos idosos, agrupados por instituições filantrópicas e particulares.

GRUPOS DE ILPIs	ILPIs – JF e SP Filantrópicas	ILPIs – JF e SP Particulares
CAPACIDADE COGNITIVA (MEEM)		
média geral	19,33 (DP= 6,21) pontos	24,29 (DP= 5,07) pontos
homem (média)	19,52 (DP= 6,02) pontos	25,72 (DP= 4,31) pontos
mulher (média)	19,08 (DP= 6,58) pontos	23,84 (DP= 5,24) pontos
abaixo do ponto de corte	67,27% (n=37)	29,33% (n=22)
atingiram pontuação máxima	n=0	n=6
CAPACIDADE FUNCIONAL (LAWTON)		
média geral	17,36 (DP= 5,67) pontos	19,20 (DP= 6,49) pontos
independente	n=30 (54,54%) / n=1 com pontuação máxima (27 pontos)	n=37 (49,33%) / n=16 com pontuação máxima (27 pontos)
dependente parcial	n=14 (25,45%)	n=33 (44%)
dependente	n=11 (20,01%)	n=5 (6,67%)
homem (média)	18,71 (DP= 4,64) pontos	18,61 (DP= 6,54) pontos
mulher (média)	15,63 (DP= 6,47) pontos	19,39 (DP= 6,52) pontos

Fonte: a autora (2011).

É importante destacar que, quanto ao MEEM, a maior dificuldade apresentada pelos idosos entrevistados, de ambas as instituições, foi na parte de Atenção e Cálculo, quando foi solicitado que fizessem contas de subtração e/ou que soletrassem a palavra “mundo” de trás para frente. No item “copiar o desenho em anexo” e “ao evocar as palavras ditas anteriormente”, também houve dificuldade na realização por parte dos idosos.

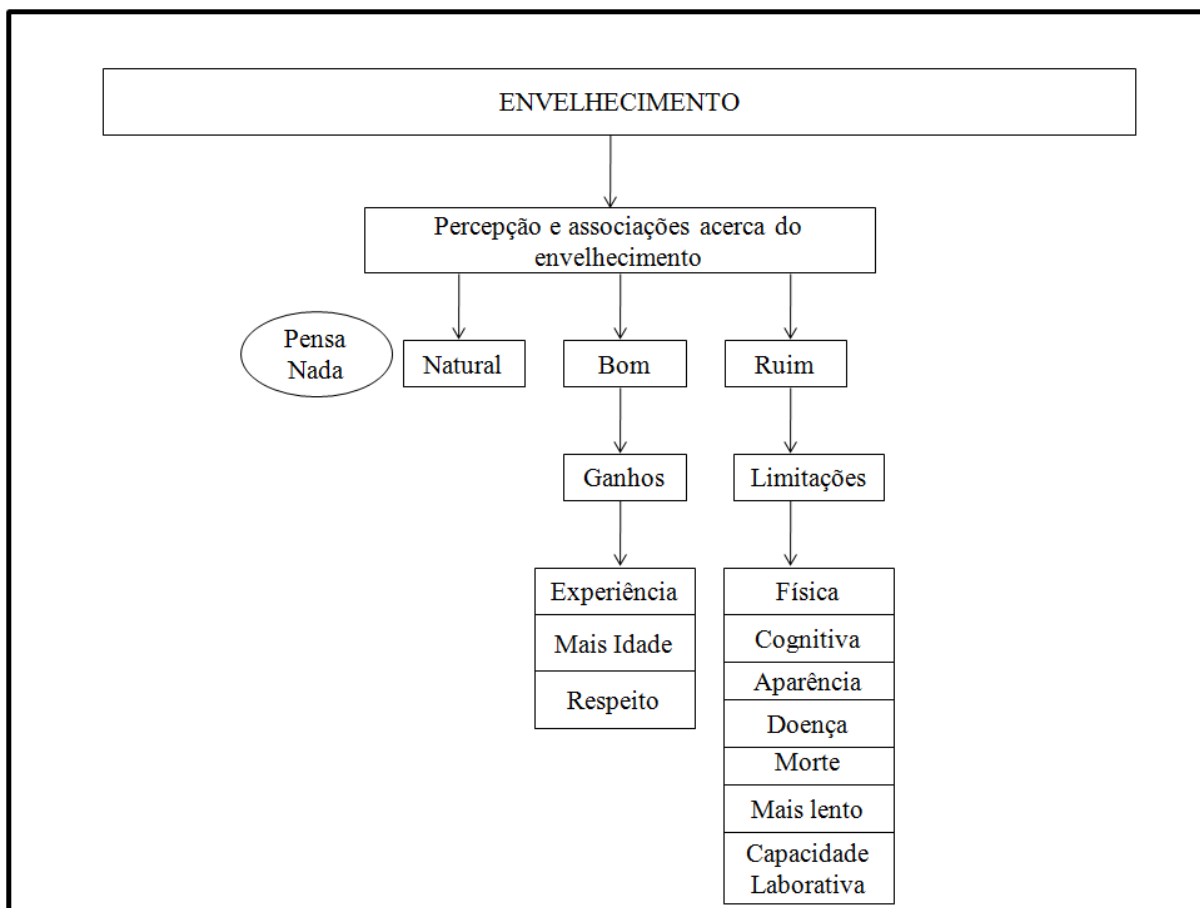
De acordo com a capacidade funcional, os idosos das 4 instituições informaram ser capazes de, sem necessidade de auxílio, usar o telefone e administrar o dinheiro. Contudo, quanto às outras tarefas, responderam ser capazes de realizá-las, mas com auxílio. Notou-se que, com relação a serviços domésticos, tais como arrumar a casa, fazer trabalhos manuais, domésticos e passar roupa, metade dos homens informou ser incapaz de realizá-los. Com relação à administração dos medicamentos, nas ILPIs filantrópicas, os idosos responderam ser capazes de fazê-lo, mas com auxílio; já nas particulares, os idosos disseram conseguir tomar o medicamento na hora certa sem nenhum auxílio.

A seguir, serão apresentados os resultados qualitativos da pesquisa.

4.2 RESULTADOS QUALITATIVOS

Esta seção buscou, a partir dos discursos dos idosos das 4 ILPIs, categorizar a percepção deles a respeito do envelhecimento e de sua institucionalização, das ILPIs e dos locais onde essas pessoas gostariam de envelhecer.

No universo amostral pesquisado, nas 4 ILPIs investigadas, o envelhecimento (categoria principal) apresentou-se associado a duas grandes subcategorias: a primeira está relacionada à percepção acerca do envelhecimento como um evento natural, bom ou ruim; já a segunda está vinculada a associações quanto ao envelhecimento, muitas vezes, diretamente ligadas aos ganhos e às limitações, o que é ilustrado pelo Organograma do Quadro 1, a seguir:



Quadro 1: Forma de perceber o envelhecimento e associações quanto ao mesmo em ILPIs particulares e filantrópicas.

Fonte: a autora (2011).

No que concerne à questão da forma como os participantes percebem o envelhecimento, 51 dos 130 entrevistados (39,23%) relataram perceber o envelhecimento

como bom, enquanto 29 do painel amostral (22,31%) enquadraram o envelhecimento em uma forma ruim de percebê-lo. As pessoas que pensam e encaram essa fase da vida de forma natural foram 33,85% (n=44); já 5 idosos disseram não pensar nada a esse respeito.

Ressalta-se uma constante nos depoimentos dos participantes, que, ao serem perguntados sobre o que pensavam sobre o envelhecimento e o que era envelhecer, partiam para a forma como encaravam essa condição. E, já dentro dessa classificação, introduziam a subcategoria “Associações quanto ao envelhecimento”. Com isso, notou-se que, nas instituições pesquisadas, o modo como as pessoas encaravam o envelhecimento encontrava-se atrelado aos ganhos e às limitações com a chegada do envelhecimento.

Quanto aos ganhos com relação ao envelhecer, tanto nas ILPIs particulares quanto nas filantrópicas, os idosos destacaram a experiência (frequência de 14 respostas), ter mais idade (n=22) e o respeito (n=3). Já com relação às limitações, foram apontados os comprometimentos cognitivos (frequência de 9 respostas), os problemas físicos (n=29), a mudança na aparência (n=11), as doenças (n=26), a aproximação da morte (n= 14), a vontade de ainda exercer um trabalho (n=3), tendo-se destacado 3 idosos que disseram que o envelhecimento poderia ser “mais lento”, ou seja, deveria haver uma desaceleração deste, ou seja, o tempo deveria passar mais devagar até a chegada deles naquela idade.

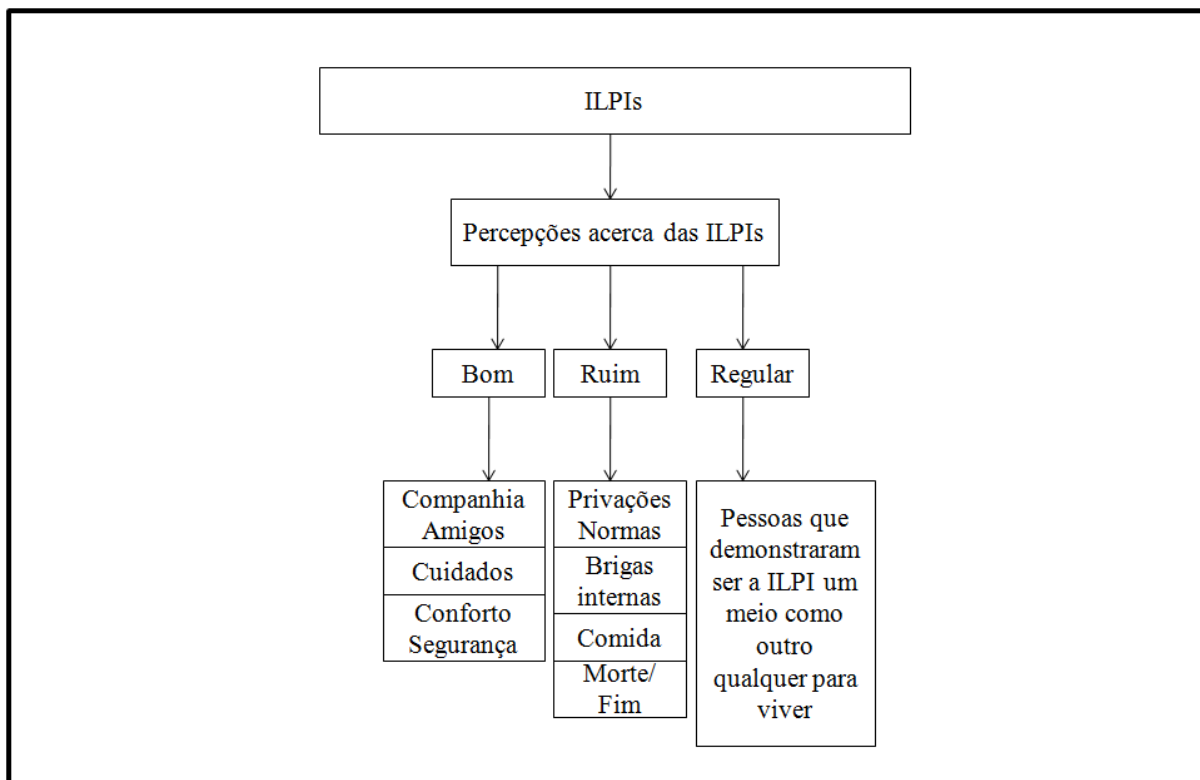
Nas ILPIs particulares e filantrópicas, o que mais foi relatado diz respeito às limitações e à dependência física para realizar as atividades. Na instituição filantrópica de Juiz de Fora, onde os idosos percebiam o envelhecimento de forma natural, eles associaram o envelhecimento também com a idade cronológica, ou seja, envelhecer era ter “mais idade”; já nas ILPIs particulares, os idosos destacaram ainda mais a mudança na aparência.

Uma particularidade do estudo, que emergiu em apenas uma ILPI, a instituição particular de São Paulo, foram as lembranças (12,90%, n=12) – percebidas de forma natural – das viagens que fizeram para fora do país e de seu passado, mas que não poderiam mais fazê-las por causa da idade e das limitações que tinham; todavia, consideraram as mesmas como momentos bons de suas vidas.

A decisão de deixar a residência onde moravam, junto aos familiares, não se apresentou como uma decisão simples para o idoso e suas famílias. Muitos idosos entrevistados, salvo poucas exceções (2 idosos), relataram que procuraram a instituição por opção própria, não tendo sofrido pressões externas para tal.

No universo dos entrevistados das 4 instituições, a percepção acerca das ILPIs se desdobrou em três subcategorias: bom (relativo a satisfação/vantagens com a mesma), ruim

(problemas advindos com a institucionalização) e regular (não demonstraram pontos positivos nem negativos). Essa divisão pode ser verificada no Organograma do Quadro 2:



Quadro 2: Percepções acerca das ILPIs pela ótica de residentes de ILPIs particulares e filantrópicas.
Fonte: a autora (2011).

As subcategorias apresentaram-se, nas instituições pesquisadas, de forma bastante interligada, pois, quando se toma a decisão de ir para uma ILPI, viver em comunidade (às vezes, com quartos com mais de um leito) e com a aceitação às normas do local, há tanto pontos considerados como positivos (bons) quanto negativos (ruins). Por isso, ao perguntar como era envelhecer em uma instituição, emergiram, nos discursos, aspectos positivos, negativos e respostas que demonstraram resignação.

Sobre a percepção da ILPI como boa, 86 entrevistados declararam-se satisfeitos, enquanto 23 mostraram-se insatisfeitos com alguns pontos negativos relacionados à institucionalização; contudo, 17 pessoas demonstraram ser a instituição um local de se viver como qualquer outro.

Cumpram evidenciar que não só em instituições particulares, como também em filantrópicas, a percepção da ILPI como positiva (boa) prevaleceu. Entre os participantes que disseram percebê-la como boa, 50 destacaram que, na instituição, tem-se o cuidado necessário

para viver, como, por exemplo, serviços de enfermagem, medicamentos na hora certa. Outros pontos positivos foram: ter a companhia de amigos a todo momento e, dessa forma, não se sentiram sozinhos (n=33), além do conforto e da segurança (n=36) de estarem em um local em que não iriam se preocupar com a segurança, especialmente na cidade de São Paulo.

Quando se comparam ILPIs particulares e filantrópicas, nas primeiras, os idosos destacaram mais os aspectos da segurança e conforto, além de poderem ter os familiares e amigos a todo momento. Já nas filantrópicas, apontaram para o amplo cuidado que a instituição oferece, lembrando que, para conseguir uma vaga nesse tipo de ILPI, é mais difícil e demanda mais tempo.

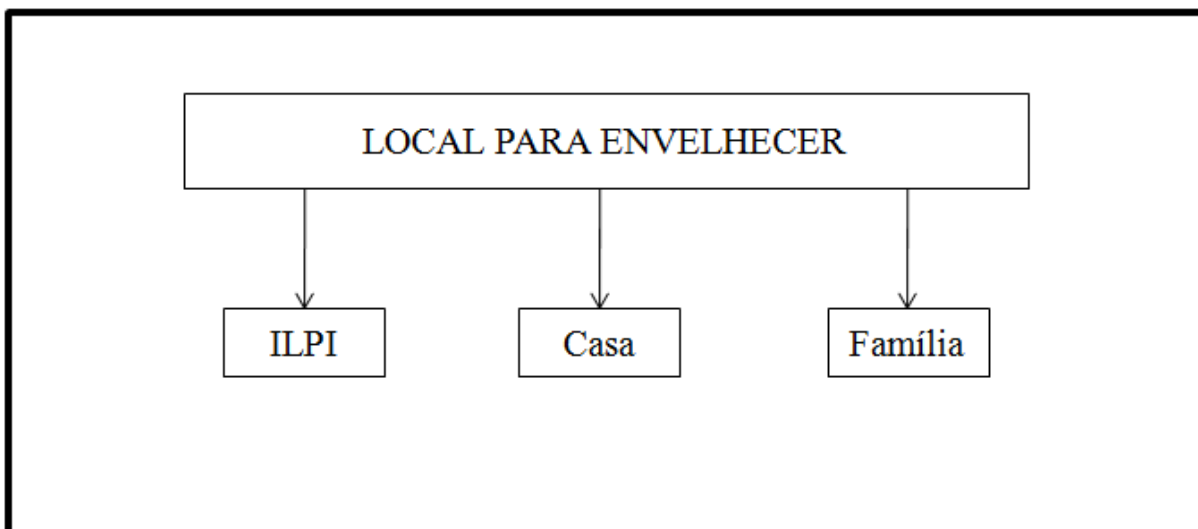
Algumas percepções positivas das instituições se mostraram mais específicas de algumas ILPIs, como a ILPI particular de São Paulo: não ter a presença de empregadas (n=3) e a liberdade (n=10). Nas instituições filantrópicas, os idosos disseram que, na ILPI, eles não incomodariam os familiares (n=6). Outro ponto de destaque relacionado à instituição particular de São Paulo foi sobre o valor pago (mensalidade) pelos idosos, os quais relataram que “é um valor pra quem pode”.

Quanto ao aspecto negativo (ruim) da ILPI, os idosos pesquisados destacaram: as discussões uns com os outros (n=17), as privações e normas (n=15), o convívio com a morte dos idosos (n=5) que se tornaram amigos dentro da instituição e a alimentação (n=3). Também se destacaram algumas particularidades das ILPIs em especial, tais como: nas instituições filantrópicas, os residentes disseram não ter liberdade para sair e fazerem o que quisessem, além de não terem ocupações/atividades diárias. Já com relação à instituição particular de São Paulo, foi relatado, com frequência, que os cuidadores incomodavam.

De acordo com os idosos que responderam que a percepção da ILPI era regular (n=17), estes não demonstraram pontos positivos nem negativos, sendo aquele local considerado como outro qualquer para se viver o envelhecimento.

É importante destacar que alguns idosos, de ambas as ILPIs, disseram ter contato com a família (n=26), mesmo estando na instituição, e que escolheram ir para esse local sem terem sido obrigados a tal. Porém destaca-se o fato de que, nas instituições filantrópicas, há horários específicos para visitas, sendo que, nas particulares, o horário é livre para visitas.

Vale destacar que, quando foi feita a seguinte pergunta aos idosos de ILPIs particulares e filantrópicas: “Se pudessem escolher, em que local gostariam de envelhecer?”, surgiram subcategorias: na ILPI em que estavam, em casa (própria casa, sem familiares) e junto aos familiares. Essa divisão de subcategorias pode ser observada no Organograma do Quadro 3:



Quadro 3: Local para envelhecer pela ótica de residentes de ILPIs particulares e filantrópicas.
Fonte: a autora (2011).

No que concerne à questão do local para envelhecer, 77 (59,23%) dos 130 entrevistados relataram que a ILPI em que residiam era o melhor local para envelhecer, destacando que estavam ali por uma opção deles próprios. Contudo 16 participantes das instituições filantrópicas e particulares de Juiz de Fora disseram preferir envelhecer em sua própria casa, mas sem os familiares morando no mesmo ambiente. Já 4 idosos responderam que envelhecer com a família era a melhor opção; houve um idoso que escolheria envelhecer no mato, por ser um local escondido (“esconder a velhice” – fala da idosa da instituição particular de Juiz de Fora) e em Paris (n=1) e Ilhas Gregas (n=1) – escolha de idosos da ILPI filantrópica de Juiz de Fora.

Prevaleceu, entre os idosos das ILPIs filantrópicas e particulares, a ideia de que o melhor lugar para envelhecer era na própria instituição. Por conseguinte, pode-se começar a inferir que o envelhecimento traz consigo algumas limitações, sendo uma delas residir em uma ILPI, o que traz à tona tanto aspectos positivos quanto negativos em envelhecer em uma instituição. Esta também tem-se tornado, cada vez mais frequente, um local para continuar desfrutando o envelhecimento.

Para dar prosseguimento ao estudo, o próximo capítulo tratará da discussão dos resultados, além de aprofundar as identificações das percepções dos participantes da pesquisa sobre o envelhecimento.

5 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo, serão discutidos os resultados quantitativos dos dados coletados e também serão apontados os indicadores dos discursos dedicados a explorar, em profundidade, as discussões das percepções dos participantes sobre o tema pesquisado. Para isso, foram destacados os relatos considerados de maior impacto, levando-se em consideração o procedimento da Análise de Conteúdo na perspectiva de Bardin (2009), amplamente descrito na metodologia, buscando correlação com o perfil dos idosos.

Este capítulo foi subdividido em dois itens: discussão das análises quantitativas e das análises qualitativas.

5.1 DISCUSSÃO DOS DADOS APRESENTADOS QUANTITATIVAMENTE

Para discutir os dados quantitativamente, é importante destacar que foi tomado por base o agrupamento das instituições divididas entre filantrópicas e particulares.

A presente análise foi baseada nas Tabelas 2 e 3, apresentadas no item 4.1.1 (páginas 63 e 64).

As instituições filantrópicas possuíam maior capacidade para abrigar idosos e estavam com número total de pessoas nas instituições, quando comparadas com as ILPIs particulares. Isso pode ser atribuído ao fato de instituições filantrópicas serem acessíveis financeiramente ou não cobrarem pela institucionalização, e, de acordo com relatos de idosos da ILPI particular de São Paulo, a instituição privada torna-se um local para as pessoas com poder aquisitivo mais alto:

Outro problema também é que a gente aqui paga um preço que podemos dizer memorável. É para quem pode, mas até certo tempo, com isso você tem uma sociedade mais ou menos de gente igual, que viajou, que isso, que aquilo. Você não tá num lugar desigual (ILPI SP Particular - C.A.T.G. 83 anos – sexo masculino).

Da minha, da minha vida toda, a gente faz um retrospecto e lembra, a fase melhor é esse ano que eu passei aqui. Uma sorte (envelhecer numa ILPI). Uma sorte, um prêmio, porque não é todo mundo que tem a possibilidade de arcar com o preço.

Tudo tem preço. Aqui é bem caro. É bem caro. Vale cada centavo. Mas é pra quem pode (ILPI SP Particular - D. 86 anos – sexo feminino).

Quando foram comparados os dados das instituições filantrópicas e particulares, observou-se um número maior de idosas em relação aos homens; isso corrobora os resultados de outros estudos já realizados (Groenwald, 2010; Neri, 2007a,b; Terra et al., 2009) e, nas estatísticas atuais, o que se tem apresentado é a prevalência do sexo feminino, até mesmo pelo fato de as mulheres terem mais preocupação com a saúde do que os homens, além de viverem mais (aproximadamente 7 anos) do que eles (IBGE, 2010). Ao analisar as ILPIs por cidades, também foi observada a feminização do envelhecimento nesses locais, exceto em uma instituição filantrópica pesquisada, em que a proporção de homens foi quase três vezes maior do que a das mulheres, sendo esta considerada uma particularidade deste estudo. Observou-se também que o maior comprometimento, muitas vezes, foi causa para a institucionalização dos idosos.

Ao analisar a idade, verificou-se que, tanto nas instituições particulares como nas filantrópicas, houve um predomínio de pessoas acima de 80 anos, conforme comprova a literatura (Camarano, 2010; Garrido, & Menezes, 2002). Todavia, essa ocorrência foi mais prevalente nas instituições particulares. Pôde-se constatar que, nas instituições filantrópicas, a institucionalização ocorreu mais cedo, talvez por ser uma alternativa que a família ou os próprios idosos encontraram para ter os cuidados necessários e melhor qualidade de vida e por ser mais acessível economicamente, como afirmam os autores Corteletti, Casara e Herédia (2010). Outra observação foi a idade das mulheres ser maior quando comparada à dos homens, ou seja, há maior expectativa de vida para as mulheres, conforme descreveram na literatura autores como Groenwald (2010); Neri (2007b); Terra et al. (2009).

Merece destaque a diferença de escolaridade entre os idosos. Os de ILPIs particulares mais escolarizados não apresentaram nenhum caso de analfabetismo e havia poucos idosos com nível de instrução básica (de 1 a 4 anos). Quando analisada a média de anos estudados, entre o sexo masculino e feminino, não foram observadas diferenças significativas nem nas ILPIs particulares nem nas filantrópicas.

Além da diferença de escolarização, merece destaque a diferença cultural entre os idosos. Isso pode ser atribuído às oportunidades que as pessoas das instituições particulares tiveram durante a vida devido a sua situação financeira e aos trabalhos realizados. Vale ressaltar relatos que ilustram o discurso de idosos de ILPIs diferentes:

A vida minha foi uma escola. Eu morava na roça. A vida que ensinou a ser uma escola. Aprendi, fiz só a terceira série lá na roça. Primária. A vida foi uma escola pra mim (ILPI JF filantrópica – E. 84 anos – sexo masculino).

E eu talvez tenha uma experiência que muitos aqui não tenham da África. Trabalhei na África do Sul, Moçambique, em Angola, no Deserto. Inclusive, no meu tempo, era Argélia (ILPI SP particular - C.A.T.G. 83 anos – sexo masculino).

Com relação ao estado civil, predominaram os solteiros nas ILPIs filantrópicas (43,6%), enquanto que nas particulares foram os viúvos (66,7%). Contudo, ao analisar as ILPIs separadamente, apenas na ILPI filantrópica de Juiz de Fora prevaleceram os solteiros (51,4%). Nas outras instituições, o estado civil que predominou foi a viuvez. Conforme alguns autores (McFall, & Miller, 1992; Steinbach, 1992; Papalia, Olds, & Feldman, 2006, Davim et al., 2004; Born, & Boechat, 2002), um dos fatores determinantes para a institucionalização foi o fato de o idoso ser solteiro, e, de acordo com estudos de Papalia, Olds e Feldman (2006), a maioria das pessoas em ILPIs são viúvas. Quando se atenta para ILPI particular e filantrópica, verifica-se que a institucionalização em ILPI filantrópica foi destacada como um recurso para as pessoas que não possuem um companheiro. Dessa forma, pode-se afirmar que a ILPI é um local para se ter amigos. Os discursos de idosos em instituições particulares apresentaram a ILPI como um local para quem não tem mais o companheiro e não quer viver sozinho, conforme demonstram os depoimentos de alguns desses idosos:

Ponto positivo daqui é amizade. Conhecer o ciclo de amizade, mais conhecimento (ILPI JF filantrópica – D. 69 anos – sexo feminino).

Porque eu dei minha casa pra um neto morar. E tá difícil eu morar sozinha num apartamento. Isso também eu não quero. Então eu moro aqui, tenho eles (idosos) como parentes meus. Converso, gosto da companhia deles. E é isso. Envelhecer no meio de amigos é muito bom. Você não percebe que você tá envelhecendo (ILPI SP particular – L.B. 86 anos – sexo feminino).

Com relação à capacidade cognitiva, os idosos das instituições particulares apresentaram-se menos comprometidos (24,29 pontos) do que os residentes das ILPIs filantrópicas (19,33 pontos), e 6 (seis) idosos conseguiram atingir a pontuação máxima, enquanto que, nas instituições filantrópicas, nenhum idoso alcançou o ponto máximo, além de mais da metade (67,27%) estar abaixo do ponto de corte. Quando analisados por sexo,

verificou-se que, nas instituições filantrópicas, tanto os homens (19,52 pontos) quanto as mulheres (19,08 pontos) estão comprometidos; porém, nas ILPIs particulares, os homens mostraram melhor (25,72 pontos) desempenho no teste do que as mulheres (23,84 pontos). Mas, ao verificar as ILPIs separadamente, os homens atingiram pontuação um pouco melhor do que as mulheres, exceto na instituição filantrópica de Juiz de Fora, onde elas apresentaram pontuação maior. Essa particularidade da cidade de Juiz de Fora pode ser devido ao fato de essas mulheres estarem mais engajadas em trabalhos manuais e atividades na ILPI, o que as coloca em constante estimulação cognitiva. Esses dados podem ser percebidos nas tabelas apresentadas neste estudo.

Pode-se inferir que, nas instituições filantrópicas, os idosos têm menos atividades que possam estimulá-los mentalmente, além de possuírem poucos profissionais capacitados para desempenhar tal tarefa. De acordo com estudos de Papalia, Olds e Feldman (2006), de Caldas (2007) e de Camarano (2010), os estímulos cognitivos são imprescindíveis, pois mantêm os idosos em movimento e promovem a socialização nas atividades. Nos estudos de Terra et al. (2009), é demonstrada a escassez de atividades nas instituições, sendo que as atividades que se destacaram neste trabalho foram assistir à televisão e conversar com os amigos, ou seja, aquelas que requerem pouco esforço. Dessa forma, vale destacar a necessidade de estímulos na realização de atividades.

Quanto à capacidade funcional, nas instituições particulares e filantrópicas, o número de idosos independentes (67 nas 4 ILPIs) foi, significativamente, maior do que o de dependentes (16 nas 4 ILPIs). No entanto, tanto nas ILPIs particulares quanto nas filantrópicas, os idosos apresentaram algum comprometimento funcional de acordo com a média geral obtida. Ao realizar uma análise por sexo, verificou-se que, nas ILPIs filantrópicas, as mulheres estavam mais debilitadas (15,63 pontos) e, nas instituições particulares, os homens é que se apresentaram mais comprometidos funcionalmente (18,61 pontos). Esses dados também podem ser observados na Tabela 3, apresentada anteriormente.

Pode-se levantar uma possível hipótese de que, nas instituições, há uma grande assistência nas atividades de vida diária por parte dos funcionários – por exemplo, vestem a roupa no idoso, dão banho, arrumam a cama – podendo ter como consequência uma maior acomodação do idoso; ou o idoso já foi institucionalizado devido aos comprometimentos. Estudos demonstraram a dependência dos idosos nas atividades de vida diária (Ramos et al., 1993; Camarano, 2010), além de apontarem para o fato de que as limitações físicas e os comprometimentos cognitivos podem ser uma das causas da institucionalização (Neri, 2007b;

Kane, & Kane, 1987, citado por Costa, 2004; Corteletti, Casara, & Herédia, 2010; Camarano, 2010).

Os relatos dos entrevistados mostraram diferenças significativas nas ILPIs quanto a esses auxílios nas atividades de vida diária pelos funcionários. Nas duas filantrópicas e na particular da cidade de Juiz de Fora, o cuidado por parte dos funcionários foi mais destacado; já na instituição particular de São Paulo, são oferecidas oportunidades de atividades que promovem a independência dos idosos:

Aqui tem comida na hora certa, tem banhos da gente na hora certa. Tem tudo na hora certa. Almoço, janta.. e a noite tem chá com pão (ILPI JF filantrópica – J.A. 64 anos – sexo masculino).

É.. agora.. num to em casa pra fazer limpeza, fazer por menores! Agora eu to livre aqui. Aqui come, dorme e descansa (ILPI JF particular – I. 87 anos – sexo feminino).

Aqui eu tenho tudo o que eu posso fazer e quero fazer, sair, passear, ter amizade, conversar, no dia que eu não quero conversar eu não venho. Aqui eu acho que é ideal pra as pessoas terem uma vida tranquila (ILPI SP particular - E. 80 anos – sexo feminino).

Essa instituição é o melhor lugar possível para pessoas da minha idade. Esse é o melhor. Aqui em São Paulo é o melhor. E tem tudo que a gente precisa, pode precisar, tem assistência médica, tem a ginástica, a fisioterapia, essa coisa toda, tem a distração, eles levam a gente pra ver certos lugares, cinema, teatro, mesmo pra música e tudo (ILPI SP particular – M.L. 83 anos – sexo feminino).

Faz-se necessário realizar a avaliação global do idoso no momento em que entra na ILPI para saber quais são as limitações do mesmo e desenvolver atividades a fim de que os comprometimentos não continuem a aumentar em um curto espaço de tempo. Seria interessante que as instituições, depois de um tempo de 6 meses/1ano, realizassem novas avaliações, tanto cognitivas quanto funcionais, para verificar como está o desempenho dos idosos nas atividades e analisar se houve progressos ou não. Dessa forma, a instituição poderá proporcionar melhor qualidade de vida ao idoso.

É importante observar, conforme o crescimento da população idosa, se sua capacidade de viver de maneira independente está ligada à falta de uso das capacidades cognitivas e funcionais; por isso, é preciso expandir seus desempenhos cognitivos com treinamento e práticas novas, adiando a deterioração em função desse envelhecimento (Papalia, Olds, & Feldman, 2006).

O subcapítulo, a seguir, tem como objetivo analisar a percepção do envelhecimento nas ILPIs, destacando as falas mais significativas dos idosos, para corroborá-las com os dados levantados na literatura.

5.2 DISCUSSÃO DOS DADOS APRESENTADOS QUALITATIVAMENTE

Muitas vezes, alguns idosos se desorganizam diante de uma situação natural da vida, como na maneira de perceber o envelhecimento; já outros revelam conformismo, passividade e dependência de cuidadores, embora existam também aqueles que demonstram independência para realizar atividades do dia a dia e afirmam trabalhar em alguma atividade comunitária, religiosa ou empregatícia, o que pode contribuir para a longevidade. Contudo, envelhecer também pode significar perda de *status*, medo da solidão e da rejeição, favorecendo o surgimento de doenças e visões negativas dessa fase da vida (Davidoff, 2001).

Quanto à percepção acerca do envelhecimento, entre os depoimentos dos entrevistados, há os que têm visões positivas e negativas com relação a esse fenômeno. Como visto anteriormente, os idosos de São Paulo tenderam para uma visão mais positiva e seus discursos ilustram essas formas de perceber o envelhecimento:

É uma coisa boa (ILPI JF filantrópica – L. 80 anos – sexo feminino).

Sabe, eu não parei pra pensar ainda, tô envelhecendo assim sabe?! To achando tudo legal (ILPI JF particular – E. 72 anos – sexo feminino).

Eu acho que é a coisa mais maravilhosa que tem nesse mundo, é o nosso consolo, porque a gente adquire experiência (ILPI SP filantrópica – E. 80 anos – sexo feminino).

É um prêmio. Um prêmio, porque não morri antes (ILPI SP particular - D. 86 anos – sexo feminino).

Contudo, verificaram-se, nas 4 ILPIs, percepções negativas diante do envelhecimento, e alguns dos idosos não aceitam essa fase da vida de maneira tranquila, como deixaram transparecer nos seguintes relatos:

Envelhecer? Uma porcaria. Entristece tudo (ILPI JF particular – L. 87 anos – sexo feminino).

Envelhecer é a pior coisa que tem na vida da pessoa (ILPI JF particular – C. 71 anos – sexo feminino).

Envelhecer é uma droga (ILPI JF filantrópica – L. 68 anos – sexo feminino).

É a pior droga que pode acontecer na vida de uma pessoa (envelhecimento) (ILPI SP particular – M. L. 83anos – sexo feminino)

Envelhecer é ficar mais cansada. Antes a gente fazia mais as coisas (ILPI SP filantrópica – L. 85 anos – sexo feminino).

Envelhecer é a decadência física humana, a decadência física humana (ILPI SP particular – N. R. 83anos – sexo masculino).

Alguns idosos da ILPI filantrópica de Juiz de Fora, ao relatarem os pontos negativos, trouxeram a vontade de desacelerar o tempo e a proximidade com a morte (finitude):

O envelhecimento podia ser mais devagar... O tempo correr menos... (ILPI JF filantrópica – M. 62 anos – sexo feminino).

O envelhecimento podia ser devagar (ILPI JF filantrópica – L. 68 anos – sexo feminino).

Ó, eu penso que a gente tá esperando o fim. Chegar ao fim. (ILPI JF filantrópica – M. 83 anos – sexo feminino).

O envelhecimento é a morte. Só a morte (ILPI JF filantrópica – B. 64 anos – sexo masculino).

Outras pessoas já demonstraram aceitar o envelhecimento como uma fase natural da vida. Contudo, apesar de haver depoimentos dessa percepção em todas as instituições, esses sobressaíram na ILPI filantrópica de Juiz de Fora:

Isso (envelhecimento) é uma consequência natural da vida (ILPI JF particular – R. 91 anos – sexo masculino)

É uma coisa... vai passando o tempo... É uma coisa assim é-normal. Quer dizer, vai passando o tempo e a gente vai envelhecendo cada dia mais (ILPI JF filantrópica – J. 83 anos – sexo masculino).

Francamente, eu não achei ruim envelhecer. Eu levo uma vida normal. Vivo em paz. E eu não acho ruim envelhecer não. Acho tranquilo (ILPI SP particular – O. 92 anos – sexo feminino).

Eu penso que todos temos que passar (envelhecimento), nós vamos ficar, temos que aceitar, não podendo revoltar contra isso, é uma forma natural da vida. E temos que procurar a melhor maneira possível de adaptar a essa velhice (ILPI SP filantrópica – E. 80 anos – sexo feminino).

No entanto, sabe-se que a sociedade brasileira ainda está centrada na juventude, e os idosos representam, nos dias atuais, um dos grupos mais discriminados, como apontam os estudos de Canoas (1975), Salgado (1982), Haddad (1986) e Simões (1994). Essa discriminação evidencia-se no estigma de invalidez e incapacidade que lhes é atribuído pela sociedade em geral e que os mesmos ressaltaram ao falar sobre o envelhecimento, conforme ilustram as seguintes falas:

Sabe o que acontece? Eu tomo muito remédio sabe? Então eu durmo. Então eu tô fazendo tricô, eu perco o ponto. Eu tomo vinte e tantos comprimidos por dia. Tenho artrose. Hipertensão eu não tenho, Graças a Deus. É. Eu tenho essa hérnia também que de vez em quando dá a crise (ILPI SP filantrópica – O. 74 anos – sexo feminino).

A capacidade da idade é limitada. O que eu fazia com 20 anos, eu não faço com 40. E o que eu fazia com 40, eu não faço com 80. As limitações da idade, não estou falando de doença, porque se tivesse amputado a minha perna quando eu levei uma pancada, eu seria um aleijado vivo (ILPI SP particular – N. 89 anos – sexo masculino).

É porque aí vem a decadência física, vem tudo, tá entendendo? A surdez, porque eu sou quase que completamente surdo. Se eu tirar esse aparelho aqui eu não consigo conversar. Só consigo conversar com você... você falando devagar e bem alto (ILPI SP particular – M. R. 83 anos – sexo masculino).

Agora, o envelhecimento eu fico observando a degeneração do corpo. A cabeça, infelizmente, a cabeça não quer... a neurologista pediu, é, ressonância magnética cerebral. Então, agora, o corpo sim, vai, vai engrossando as juntas, a cervical dói, então tenho que fazer... Mas eu faço exercício, nado duas vezes por semana ali na piscina. Porque eu tive mãos boas, datilografa que parecia... não nessas máquinas modernas, naquela antiga mesma, mecânica mesmo. E vejo que tá apodrecendo, a pele era lisa agora fica assim grossa, o rosto também fica assim com... Eu nem tingo o cabelo. Tingi até 75 anos de idade. Aí eu falei: “Não! Vou assumir. Agora eu tô com 75, sou uma anciã”. Embora o espírito não seja, (risos), mas é, porque aí a fala tem dificuldade prá, prá a dicção, o ouvido já preciso aumentar a tele... o volume da televisão. Eu tenho muito, uma discoteca boa aí, mas tenho que aumentar. Então, então eu fico agradecida, porque... Ah, e a vista, principalmente, a coisa mais importante que tem é a vista. Pra todo mundo. Especialmente pra quem gosta de ler e tal. Mas a vista, eu nasci com deficiência no olho esquerdo, então, e há uns 20 anos atrás a oftalmologista constatou um começo de catarata. É a idade mesmo. Normal (ILPI SP particular – D. 86 anos – sexo feminino).

Penso que a gente mudou de ideia, de nova, de idosa, passou pra pessoa mais velha. Mais... que tem a cabeça assim boa. Sempre aparece uma dor ali, uma dor aqui. Sempre tá preocupada quanto deu pressão, se tá boa. Quando tá com dor, pega remédio. A enfermeira dá. Vou sempre ao médico. Frequento um psiquiatra porque eu gosto (ILPI JF particular – A. 80 anos – sexo feminino).

Então, eu gostaria de envelhecer assim... é... conforme muitos envelhecem assim.. ficam sem memória, não sabe que tá fazendo, num sabe onde tá andando, não sabe que tem! (ILPI JF filantrópica – M. S. 83 anos – sexo feminino).

Quando a gente começa a não andar, a sentir dor, aí-aí começa a sentir que é a velhice que tá chegando (ILPI JF filantrópica – M. 83 anos – sexo feminino).

O que eu acho pior no envelhecimento é as doenças que aparecem. Igual eu que sou diabético, tenho pressão alta e... é isso que eu penso mais! (ILPI JF filantrópica - G. 80 anos – sexo masculino).

Alguns autores já mencionados (Paula, 2010; Papalia, Olds, & Feldman, 2006; Neri, 2008) comentaram as limitações decorrentes do envelhecimento (visão, funcionalidade, cognição, entre outras), embora, em alguns depoimentos, o envelhecimento possa ser encarado como mais uma fase da vida. Contudo, as limitações, quando agravadas, podem ser motivo para a institucionalização.

Outro ponto enfatizado nos relatos dos idosos entrevistados e que merece destaque foi com relação às questões estéticas:

Ainda mais agora que eu tô muito gorda. Tentando emagrecer, mas tá difícil. Nossa Senhora, essa gordura tá me fazendo um mal que Deus me livre. É difícil de toma banho, é difícil pra vestir uma roupa, difícil pra sai de casa. Cansa à toa. Essa gordura tá me fazendo mal. Engordei de pouco tempo pra cá. Não sei, não sei que que houve comigo que eu engordei (ILPI JF particular – V. 71 anos – sexo feminino).

Agora branqueou tudo, eu parei de pintar... E parei de pintar porque eu falei assim: do jeito que tá a cara enrugada, então tem que esticar a pele também pra ficar com cara de mais moça! Porque o que adianta cabelo preto e cara enrugada? (risos) (ILPI JF filantrópica – M. 83 anos – sexo feminino).

Já fui... Já tive meus dente bom, hoje num tenho mais. Meu intestino não funciona bem (ILPI JF filantrópica – B. 69 anos – sexo masculino).

Pra mim é como se eu tivesse 50 anos. Nem quero pensar (envelhecimento). Não quero pensar, porque, graças a Deus, gozo muito de boa saúde. O único problema que teve aqui foi que eu ganhei 6 quilos (risos) (ILPI SP particular – M. I. 71 anos – sexo feminino).

Com a intensificação dos meios de comunicação e as perspectivas em relação ao envelhecimento populacional no Brasil, as pessoas têm manifestado preocupação crescente com questões ligadas à boa forma e qualidade de vida. Barros (1998) chama a atenção para o fato de que a velhice vem como um choque para os idosos, porque chega primeiro pelos olhos dos outros.

Contudo, alguns entrevistados destacaram ganhos no envelhecimento, apesar de informarem que esses “ganhos” não têm valia para os dias de hoje, já que, no Brasil, o idoso não é respeitado:

Envelhecer é experiência (ILPI JF particular – L. 64 anos – sexo feminino).

Envelhecer também é recordar, viu? (ILPI SP particular – N. 89 anos – sexo masculino).

O respeito que tem ao meu cabelo branco... (ILPI SP particular - I. M. S. 92 anos – sexo feminino).

Positivas tem poucas coisas, talvez assim, a experiência. Acho que não agrada as pessoas, o pessoal nem liga para a experiência dos mais velhos (ILPI SP particular - M. L. 83 anos – sexo feminino).

Verificou-se que, nas 4 ILPIs pesquisadas, independentemente de serem particulares ou filantrópicas, a percepção do envelhecimento foi vista através de prismas positivos ou negativos do envelhecimento, tanto para quem está em uma ILPI onde se paga um valor alto quanto em outra de caráter filantrópico. Todavia, para a maior parte dos entrevistados, conforme frequência mostrada, a percepção do envelhecimento foi vista de forma positiva, embora com algumas limitações que fazem parte da vida de uma pessoa que chegou ao envelhecimento, o que não a impede de continuar desfrutando do que dá prazer.

A respeito da percepção acerca das ILPIs, a maioria dos idosos (86 entrevistados) declarou estar satisfeita, ou seja, conforme Sagaza (2003), Cortelli, Casara e Herédia (2010), Bach (1983), a institucionalização deixa de ser vista de maneira preconceituosa, relacionada ao abandono, para ser vista como um local onde os idosos possam continuar tendo boa qualidade de vida. As falas demonstraram percepção positiva em relação à instituição, com destaque para o conforto, a segurança e os cuidados oferecidos aos idosos, além da amizade dos pares.

Como foi enfatizado anteriormente, notou-se que os idosos de ILPIs filantrópicas destacam o amplo cuidado com eles; já nas particulares, enfatizam a segurança e conforto deles:

Aqui é bom, porque aqui tem tudo, médico, enfermeira, remédio me chamam logo cedo, aqui é bom (ILPI SP filantrópica - A. M. M. 77 anos – sexo feminino).

Eles (funcionários) me dão remédio, eles não esquecem, dão na hora certinha (ILPI SP filantrópica – O. 80 anos – sexo feminino).

Aqui sou bem tratado. Aqui o almoço é na hora, tem a janta, tem o banho, tem tudo arrumadinho. E corre tudo bem. É bem tratado aqui (ILPI JF filantrópica – S. 65 anos – sexo masculino).

Porque eu tenho meu remédio na hora certa, me dão na mão, tem as refeições na hora certa, eu sinto bem (ILPI JF filantrópica – R. 69 anos – sexo feminino).

Tenho uma cama pra dormir, comida pra comer, café com pão, de vez em quando água de batata (ILPI JF filantrópica – A. 81 anos – sexo masculino).

Nós temos médicos, enfermeiros pra cuidar da gente (ILPI JF filantrópica – N. 69 anos – sexo masculino).

Aqui tem comida na hora certa, tem banhos da gente na hora certa. Tem tudo na hora certa. Almoço, janta e, à noite, tem chá com pão (ILPI JF filantrópica – J. A. 64 anos – sexo masculino).

Aqui tem o café da manhã, aqui tratam bem, aqui temos uma cama boa (ILPI SP filantrópica – M 78 anos – sexo feminino).

Essa instituição é o melhor lugar possível para pessoas da minha idade. Esse é o melhor. Aqui em São Paulo é o melhor. E tem tudo que a gente precisa, pode precisar, tem assistência médica, tem a ginástica, a fisioterapia, essa coisa toda, tem a distração, eles levam a gente pra ver certos lugares, cinema, teatro, mesmo pra música e tudo (ILPI SP particular – M. L. 83 anos – sexo feminino).

Você tem médico todo dia, enfermagem 24 horas, a comida, embora alguns achem que é uma porcária mas vivem aqui comendo porcária, é feita de acordo com a nutricionista, porque a médica dos viventes aqui, um tem diabete, outro tem hipertensão. É difícil cozinhar para uma eternidade de saúde. E tem detalhes, se eu escorregar no banheiro e não conseguir me levantar, o alarme, o alarme no chão. Eu não preciso gritar socorro, socorro, não (ILPI SP particular – N. 80 anos – sexo masculino).

Ele (filho) sabe que eu sinto aqui segurança e conforto. Se você vai para um apartamento você não sente a mesma coisa. Você passa meses que você não vê o vizinho do lado (ILPI SP particular – M. I. 70 anos – sexo feminino).

Eu acho que aqui, tanto conforto, como segurança. Vem a van, saímos daqui com a van, vamos num teatro, num cinema, num restaurante, essas coisas. Eu sozinha num apartamento iria pegar um carro para ir sozinha? (ILPI SP particular – M. 71 anos – sexo feminino).

Eu gosto daqui porque você nunca está sozinha, tem sempre gente para conversar, aprende muito com os outros (ILPI SP filantrópica – E. 80 anos – sexo feminino).

Ponto positivo daqui é amizade. Conhecer o ciclo de amizade, mais conhecimento (ILPI JF filantrópica – D. 69 anos – sexo masculino).

Foram observadas algumas diferenças ao se compararem as ILPIs filantrópicas com as particulares. Com relação ao convívio com os familiares, em instituições filantrópicas, as visitas são escassas, ou seja, os familiares visitam poucas vezes o idoso:

Sempre não [visitas]. Não. Recebo mais minha sobrinha. É que ela tem estado muito doente (ILPI SP filantrópica – O. 74 anos – sexo feminino).

Eu convivo mais com as pessoas aqui do que com as pessoas da família (ILPI SP filantrópica – A. 77 anos – sexo feminino).

As netas vêm toda semana (ILPI SP particular – C. 100 anos – sexo feminino).

Ainda que o idoso não conviva com seus familiares, de qualquer forma, levará consigo as lembranças deles, pois a família é o primeiro referencial de socialização, sendo, portanto, de fundamental importância no que diz respeito ao equilíbrio físico e afetivo do ser humano (Alcântara, 2004). De acordo com Hareven (1999), a família transferiu para as outras instituições funções que eram concentradas no ambiente familiar. Contudo, às vezes, a família fica impossibilitada de cuidar do idoso, recorrendo à institucionalização, mas é importante lembrar que a família, por ser a principal fonte de apoio e cuidado aos idosos. E, mesmo que os filhos morem afastados, a afetividade entre os membros da família deve ser preservada (Alcântara, 2004).

Outra diferença percebida neste estudo foi a divisão de pessoas por quarto. Nas ILPIs particulares, era apenas uma pessoa por quarto; já nas instituições filantrópicas, eram mais pessoas (de 2 a 4) dividindo o quarto – “À noite, eu tenho uma companhia que entrou há pouco tempo, coitadinha, ela é uma coitadinha” (ILPI SP filantrópica – M. 78 anos – sexo feminino).

Serão ressaltadas algumas particularidades de capital importância destacadas pelos idosos da ILPI particular de São Paulo: a liberdade para continuar realizando suas atividades, não precisarem contratar empregadas e o valor pago para residirem na instituição:

Então, na parte da manhã, geralmente, eu saio para fazer caminhada. Aí dá o quê? Uma hora, uma hora e pouco. Aí depois se eu preciso fazer alguma coisa de banco, tudo, isso eu faço tudo sozinha. Não deleguei a nenhum dos filhos. Eles ficam meio assim, preocupados, porque São Paulo é perigoso, mas eu vou, geralmente, no *shopping* que tem o Banco do Brasil lá em cima. Eu acho mais seguro (ILPI SP particular – M. I. 70 anos – sexo feminino).

Sofri com as empregadas. Uma das vantagens de morar aqui é que eu não preciso de empregada. É uma estranha que você tem que conviver com ela sem gostar, porque tem esse fator simpatia. Segurança, depois você sempre tem companhia. E mais do que segurança e companhia é a privacidade (ILPI SP particular - D. 86 anos – sexo feminino).

Outro problema também é que a gente aqui paga um preço que podemos dizer memorável. É para quem pode, mas até certo tempo, com isso você tem uma sociedade mais ou menos de gente igual, que viajou, que isso, que aquilo. Você não tá num lugar desigual (ILPI SP particular – C. A. T. G. 83 anos – sexo masculino).

O que foi largamente descrito nas ILPIs filantrópicas é o fato de os idosos se preocuparem em não incomodar os familiares com as debilidades. Os seguintes relatos demonstram essas informações:

Eu falei pra minha vizinha, eu vou pra um asilo e não vou ficar enchendo a paciência da minha filha (ILPI SP filantrópica – O. 80 anos – sexo feminino).

Então envelhecer aqui mesmo que aí eu não dou trabalho a eles e o trabalho que eu dou é aqui (ILPI JF filantrópica – M. 65 anos – sexo masculino).

Ao ser institucionalizado, o idoso se depara com normas e regras a serem seguidas, deixando para trás seus costumes, objetos pessoais, amigos, suas vontades. As privações, as rotinas, bem como as mudanças na alimentação encontradas nas ILPIs, mais especificamente nas ILPIs filantrópicas, são colocadas pelos idosos como pontos negativos da instituição. Os seguintes relatos demonstram essas informações:

Gostaria de envelhecer aqui mesmo, mas com uma diferença: ter permissão pra sair (ILPI JF particular – J. A. 64 anos – sexo masculino).

Aqui o ruim é ficar preso (ILPI JF filantrópica – B. 69 anos – sexo masculino).

Você sabe tudo é rotina (ILPI JF filantrópica – I. 70 anos – sexo feminino).

E que a gente nunca pode estar à vontade como se sente em casa, a gente não tem aquela liberdade de sair a hora que quer (ILPI SP filantrópica – E. 79 anos – sexo feminino).

Não é ruim a comida, não é? Tem hora que dá vontade de comer uma coisa diferente. Eu posso comer. Comer um pastel, uma coisa. Eles não deixam ir à feira comprar. Que nem eu falo: “Puxa vida, podia deixar ir à feira” (ILPI SP filantrópica - O. 74 anos – sexo feminino).

Não pode trazer [comida]. Eles [funcionários] não deixam. Sabe o que que é? É que tem uns que não pode comer. De primeiro não tinha tanta diabética. Agora as pessoas têm. Então. Aqui eles fazem, assim, bolo, para nós e o dietético para eles. Que nem, por exemplo, tem aniversário eles fazem bolo para gente e para diabéticos (ILPI SP filantrópica – A. 75 anos – sexo feminino).

Outros pontos negativos destacados, tanto nas ILPIs filantrópicas quanto nas particulares, foram a ociosidade, os problemas com outros idosos e a morte de outros idosos na instituição:

Aqui na pousada é contar o tempo. É esperar a hora do lanche, é esperar a hora da refeição, é pegar televisão para ver noticiário. É manso. É manso (ILPI JF particular – L. 78 anos – sexo feminino).

De negativo tem a brigaiada; mete bengala, mete tudo, se bobear eles mete a bengala. Eu não sou de briga, sou mais calmo, tranquilo (ILPI JF filantrópica – A. 72 anos – sexo masculino).

Tem todos esses... esses problemas, essas situações, o comportamento diferente de um de outro. Ih! Sabe que viver em comunidade ainda mais de velho, é, não é fácil (ILPI SP particular – M. R. 83 anos – sexo masculino).

Porque você vê aqui todo dia gente falecendo, às vezes, você cria amizade e desaparece. Outros, outros é... ficam doentes (ILPI SP particular – M. R. 83 anos).

O ruim de tudo isso é que a gente se apegava às pessoas. Vira praticamente uma família e vê as pessoas decaindo. No tempo que estou aqui quantas pessoas faleceram (ILPI SP particular – M. I. 70 anos – sexo feminino).

Verificou-se, quanto à percepção acerca das ILPIs, que, em todas elas, foram destacados tanto pontos positivos quanto negativos; contudo, nas instituições particulares, as percepções foram mais positivas, sem muitas restrições e normas. Assim, os idosos tinham mais liberdade e autonomia. Já nas ILPIs filantrópicas, havia muitas restrições, normas, horários, pouco contato com a família, e eles não tinham autonomia para fazer o que queriam. Isso pode ser explicado pelo fato de que, em ILPIs filantrópicas, há mais idosos do que em instituições particulares. Por conseguinte, para que a instituição se mantenha organizada e proporcione os cuidados necessários aos idosos, esta precisa ter alguns horários que sejam comuns a todos os residentes, como alimentação, banho, remédios e visitas.

Com relação ao local escolhido para envelhecer, a maioria dos idosos institucionalizados responderam que a ILPI era o melhor lugar. Isso pode ser verificado nos seguintes depoimentos:

Aqui mesmo [na ILPI] (ILPI JF filantrópica – E. 86 anos – sexo feminino).

Oh! Eu gostaria de envelhecer aqui mesmo [na ILPI] (ILPI JF particular – J. A. 65 anos – sexo masculino).

Eu acho que aqui, eu conheço outros. Acho que aqui é o melhor [na ILPI] (ILPI SP particular – M. R. 83 anos – sexo masculino).

Aqui mesmo [na ILPI] (ILPI SP particular – D. 86 anos – sexo feminino).

Este fato pode ser atribuído ao que foi ressaltado nos pontos positivos das instituições não só das particulares, como também das filantrópicas. Os idosos têm um amplo cuidado com conforto, segurança, e, nesse caso, os familiares, às vezes, sentem-se impossibilitados de atender às necessidades deles. As ILPIs podem oferecer conforto, cuidado e segurança, proporcionando-lhes melhor qualidade de vida.

Contudo, houve idosos que manifestaram a vontade de estar em sua própria casa ou com os familiares. Isso pôde ser percebido, mais frequentemente, nas ILPIs filantrópicas e na particular de Juiz de Fora:

Eu tenho vontade de ter a minha casinha, ter minha casinha, ficar ali cuidando e tudo. Minha vontade é essa (ILPI JF filantrópica – S. 65 anos – sexo masculino).

Se eu tivesse casa, na minha casa (ILPI JF filantrópica – L. 62 anos – sexo feminino).

Na minha casa. Fora daqui (ILPI JF particular – V. 71 anos – sexo feminino).

Claro que é junto com a família (ILPI JF particular – A. 80 anos – sexo feminino).

Junto com a família (ILPI JF particular – C. 71 anos – sexo feminino).

Os idosos de instituições filantrópicas relataram ter sido mais privados de suas vontades, pensando que, se estivessem em casa, poderiam realizar tudo o que quisessem, sem se preocuparem com suas limitações para desempenhar determinadas tarefas.

Mas houve idosos os quais disseram que estar na instituição era a mesma coisa que se estivessem em casa, pois o envelhecimento chegaria da mesma forma, ou seja, o envelhecimento é algo natural e independe do lugar onde se está. Os depoimentos, a seguir, exemplificam esse pensamento:

Você que faz o lugar. Naturalmente, existem razões melhores e piores. Envelhecer na beira-mar é bom, porque nível do mar não tem problema cardíaco. Você vê os idosos de Miami. Por quê? Por que eles procuram Miami? Porque o tempo é mais firme, porque o inverno não é rigoroso. Você vai para Santos, está cheio de aposentado. Por quê? Porque é beira-mar, o jardim é bonito, ele pode andar a pé, ainda não roubaram ele e tal (ILPI SP particular – N. 89 anos – sexo masculino).

É a mesma coisa (que envelhecer em casa). Tem que encarar o envelhecimento, não tem jeito, ou você morre ou você envelhece. Agora sempre, por enquanto eu estou muito satisfeita aqui, agora quando eu perder, raciocínio, cabeça, eu peço a Deus que me leve o mais depressa, isso não é vida, não adianta. Você vive quando pode resolver alguma coisa (ILPI SP particular – C. 100 anos – sexo feminino).

Eu acho que é a mesma coisa de envelhecer em casa. Tanto em casa como aqui envelhece (ILPI JF filantrópica – G. 80 anos – sexo masculino).

Faz-se necessário destacar que as ILPIs foram ressaltadas como locais onde são prestados cuidados necessários aos idosos, de forma a promover-lhes melhor qualidade de vida e a família não daria conta de cuidar deles por diversos motivos, como exposto anteriormente (Corteletti, Casara, & Herédia, 2010).

A percepção do envelhecimento apareceu como um processo de constantes perdas, como relatado pelos idosos entrevistados, porém houve idosos que perceberam o envelhecer como mais uma etapa da vida. Dessa forma, verificou-se que o envelhecimento traz consigo algumas limitações, e residir em uma ILPI pode trazer pontos positivos e negativos, podendo-se afirmar que envelhecer em uma instituição tem-se tornado uma opção para se desfrutar o envelhecimento da melhor maneira possível.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O envelhecimento vem ganhando destaque no cenário social da atualidade, impondo às pessoas terem uma velhice ativa e saudável. Dessa forma, é difícil para o idoso não sofrer influência dos novos padrões de corpo e de jovialidade, a qualquer custo.

Com o aumento da longevidade, é cada vez mais premente encarar o envelhecimento com naturalidade. Envelhecer é um processo inerente a todas as pessoas e inicia-se na concepção, perpassando por todos os dias de suas vidas. A cada instante, o ser humano fica mais velho. Conforme Erick Erikson retratou em sua teoria, é necessário aceitar o envelhecimento e suas limitações, sem se desesperar pelo “que poderia ter feito”, já que essa fase da vida faz parte de um ciclo.

Devido às limitações decorrentes do avanço da idade, as implicações de muitas comorbidades, os novos arranjos familiares e a dificuldade das famílias em ficar com o idoso com idade cada vez mais avançada, somado à necessidade de trabalho dos membros mais jovens da família, surge uma questão: quem, como e onde cuidar do idoso? Verifica-se que nem sempre é possível envelhecer na própria casa. Assim, surge a demanda para as ILPIs, com o intuito de continuar proporcionando os cuidados indispensáveis à pessoa idosa, cuidados esses que os familiares não têm condições de oferecer.

Este estudo procurou caracterizar o desempenho cognitivo e funcional de idosos que vivem em ILPIs particulares e filantrópicas de duas cidades bem distintas, Juiz de Fora e São Paulo, além de descrever a percepção dos mesmos sobre envelhecimento e institucionalização na velhice.

Percebeu-se, por meio da pesquisa de campo, com relação à capacidade cognitiva, que os idosos de instituições particulares apresentaram melhores desempenhos, o que pode ser atribuído à liberdade que a instituição oferece para que os idosos continuem realizando suas atividades, além de promover passeios, atividades de estimulação cognitiva e funcional individual e em grupo, contribuindo para a socialização e as trocas de experiência. Nesses locais, há também espaço adequado e recursos suficientes para que os idosos possam desenvolver as atividades planejadas.

No entanto, verificou-se que os entrevistados apresentaram-se debilitados quanto à funcionalidade de modo geral, independentemente da ILPI onde o idoso estivesse residindo.

Mas, de modo geral, os idosos de instituições filantrópicas demonstraram estar mais comprometidos cognitivamente e funcionalmente do que os idosos de ILPIs particulares.

Todavia, não foi possível precisar se os idosos das ILPIs pesquisadas foram institucionalizados devido a algum comprometimento anterior, ou se, com o passar do tempo, as capacidades cognitivas e funcionais foram decaindo naturalmente, por causa da idade e depois potencializadas pelo tempo de institucionalização, ou mesmo aceleradas por estarem em outro ambiente que não fosse o familiar.

Constatou-se, também, que as ILPIs filantrópicas recebem verbas de outras instituições, sejam particulares ou governamentais; contudo, as verbas destinadas às atividades para promover o desenvolvimento das capacidades cognitivas e funcionais eram precárias, e a maior parte das verbas é destinada ao pagamento de funcionários, tal como foi constatado na pesquisa realizada pelo IPEA (2011) nessas instituições.

Os relatos dos idosos sobre o envelhecimento refletiram a maneira como o idoso se sente e é visto pela sociedade, como, por exemplo: o cabelo branco e as rugas no rosto passam a ideia de uma pessoa que está envelhecendo, o aumento de peso, que atrapalha a mobilidade, comprova o quanto o mesmo está fora dos padrões de corpo atuais.

Portanto, foi constatada uma ambiguidade nas falas dos idosos, ou seja, ao mesmo tempo em que percebiam o envelhecimento de forma positiva, descreviam-no, também, de forma negativa. A partir dos depoimentos prestados, percebeu-se que, para o idoso, o passado é, muitas vezes, lembrado como uma época de boas lembranças, de conforto, de vida social ativa. Já em relação ao futuro, prevalecem as incertezas, o que é natural para pessoas que já estão em uma faixa etária mais avançada.

Percebeu-se, neste trabalho, que a concepção de envelhecimento aparece, não raramente, como um processo de constantes perdas, que traz ao indivíduo a sensação de não poder mais viver sua vida de forma plena nem de relacionar-se com o futuro. No entanto, apesar de a velhice estar ainda vinculada às construções das ideias de morte e declínio das funções vitais, notou-se a importância de não se reduzir o envelhecimento ao relato de alguns idosos, pois há aqueles que percebem o envelhecer como mais uma etapa da vida, inquestionável e inexorável, conforme diversos depoimentos apresentados na pesquisa de campo.

Envelhecer e estar em uma ILPI pode significar aumento do número de amigos, segurança e conforto; há idosos que sentem como se estivessem em casa. Alguns deles revelaram que é melhor estar naquele local, porque sentem mais segurança do que quando estavam sozinhos em casa. Por exemplo, se a luz do quarto, nas instituições, queimar, é só

chamar um funcionário que ele troca; se caírem no banheiro da instituição particular, é só apertar o alarme e vem logo uma ajuda. Também não há preocupação em contratar uma empregada, lavar roupas, fazer compras, entre outras responsabilidades e ocupações que uma casa requer.

Os idosos de instituições particulares, em seus depoimentos sobre o processo do envelhecimento, apresentaram alguns relatos de vantagens quando comparados aos idosos de instituições filantrópicas, notadamente quando se trata do contato com os familiares, pois as visitas dos mesmos não se perdia em pouco tempo de institucionalização, ou seja, a família desses idosos, frequentemente, estava presente. Outro motivo que coloca os idosos das ILPIs particulares à frente é a ocorrência de mais incentivo em atividades que promovam independência e trabalhos para a parte cognitiva. Vale lembrar que exercitar mente e corpo é fundamental para que as limitações não acelerem problemas que são inerentes ao processo do envelhecimento.

Um aspecto que deve ser levado em consideração, ao falar de ILPIs particulares e filantrópicas, é com relação à diferença sociocultural entre os idosos, advinda do pertencimento de diferentes classes sociais. Como foi visto nos relatos dos idosos, em especial da instituição particular de São Paulo, o valor pago pelos residentes era para as pessoas que, realmente, tinham condições; por conseguinte, cobravam por mais conforto, segurança, assinaturas de jornais e revistas, passeios para diversos lugares. Os residentes das ILPIs particulares possuem uma condição econômica estável, estavam naquela ILPI para tratamento, ou recuperação de doença, por uma escolha pessoal ou pelo simples fato de quererem um local mais confortável e seguro sem preocupação com os encargos exigidos daqueles que estão à frente de uma casa (pagamentos de aluguel, condomínio, água, luz, telefone, contrato de empregada, etc.), além dos afazeres domésticos. Esses idosos tinham possibilidade de pagar para estar naquele local. Já os idosos de instituições filantrópicas esperam na fila por uma vaga na ILPI, mas nem sempre a espera é por vontade própria. Conforme depoimentos de funcionários das instituições filantrópicas pesquisadas, estas estavam sempre com sua capacidade máxima; então, a espera por uma vaga é grande, e uma nova vaga só ocorre com o falecimento de um idoso da instituição, o que pode ser rápido ou demorado.

A partir dos dados coletados nesta pesquisa, notou-se que é preciso, urgentemente, realizar um trabalho dentro das ILPIs brasileiras para que as pessoas que ali residem tenham melhores condições como: autonomia, independência, aumento da autoestima, incentivo à participação na comunidade e em atividades que possam lhes promover melhor qualidade de

vida. Se possível, é indicado trabalhar no sentido de estabilizar ou retardar o avanço das limitações e, para os que estão parcialmente ou totalmente debilitados, deve-se trabalhar para que as perdas sejam minimizadas e menos dolorosas.

Há necessidade de as ILPIs, além de se preocuparem apenas com a qualidade dos serviços prestados, terem, em seu quadro de funcionários, pessoas qualificadas para trabalhar com esse público específico, ou seja, os idosos. Salienta-se, também, que a família deve fiscalizar essas instituições, procurando deixar seu familiar em um local que ofereça os cuidados necessários e mostre aos idosos que estar em uma ILPI não significa abandono. Em contrapartida, as instituições também podem cobrar dos familiares mais contato com o idoso, não deixando perder o elo família-idoso. E o idoso, ao verificar que não está recebendo os cuidados necessários, deve reclamar e exigir seus direitos. O psicólogo poderá contribuir para entender melhor os fatores físicos, psicológicos e sociais que estão, a todo tempo, interagindo no processo do envelhecimento.

Entre as limitações deste estudo, cita-se a participação de uma amostra menor na cidade de Juiz de Fora, pois, embora sejam muitos os idosos institucionalizados, a maioria deles estava incapacitada para responder ao protocolo de investigação, em especial os idosos do sexo feminino. Junta-se a isso o fato de a instituição particular dessa cidade ter pequena capacidade para receber idosos.

Ainda são limitadas as pesquisas no âmbito institucional. O incentivo a esses estudos poderá trazer contribuições significativas para o campo da Psicologia e melhores formas de trabalhar com os idosos institucionalizados. Sugerem-se futuros estudos, ampliando o número de instituições em outras cidades para realizar novos estudos.

REFERÊNCIAS

- Alcântara, A. O. (2004). *Velhos institucionalizados e família: entre abafos e desabafos*. São Paulo: Alínea.
- Almeida, O. P. (1998). Mini-Exame do Estado Mental e o diagnóstico de demência no Brasil. *Arq. Neuropsiquiatr.*, 56(3B), 605-612. Recuperado em 17 abril, 2011, de <http://www.scielo.br/pdf/anp/v56n3B/1774.pdf>
- Alves-Mazzotti, A. J., & Gewandsznajder, F. (1999). *O método nas ciências naturais e sociais: pesquisa quantitativa e qualitativa*. São Paulo: Pioneira.
- Aykawa, A. C., & Neri, A. L. (2008). Capacidade funcional. In A. L. Neri, *Palavras-chave em Gerontologia* (3 ed., pp. 29-33). São Paulo: Alínea.
- Bach, J. M. (1983). *O futuro da família: tendências e perspectivas*. Petrópolis: Vozes.
- Baptista, M. N., & Campos, D. C. (2007). *Metodologias de pesquisa em ciências: análises quantitativas e qualitativas*. Rio de Janeiro: LTC.
- Bardin, L. (1977, 2009). *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Barros, M. M. L. de. (2004). Envelhecimento, cultura e transformações sociais. In L. Py, J. L. Pacheco, J. L. M. de Sá & S. N. Goldeman (Orgs.), *Tempo de envelhecer: percursos e dimensões psicossociais* (pp. 39-56). Rio de Janeiro: NAU.
- Beauvoir, S. de (1990). *A velhice*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira.
- Bertolucci, P. H. F., Brucki, S. M. D., Campacci, S. R., & Juliano, Y. (1994). O Mini-Exame do Estado Mental em uma população geral: impacto da escolaridade. *Arq. Neuropsiquiatr.*, 52 (1), 1-7.
- Boff, L. (1999). *Saber cuidar: ética do humano-compaixão pela terra*. Petrópolis: Vozes.
- Born, T., & Boechat, N. S. (2002). A qualidade dos cuidados ao idoso institucionalizado. In E. V. Freitas, L. Py, F. A. X. Cançado, J. Doll & M. L. Gorzoni (Orgs.), *Tratado de Geriatria e Gerontologia* (2 ed., pp. 768-777). Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan.
- Brasil (1994). Lei nº. 8.842, de 4 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a política nacional do idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília. Recuperado em 31 agosto, 2011, de http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/p8842_pn_idoso.pdf
- Brasil (1996). Decreto nº. 1948, de 3 de julho de 1996. Regulamenta a Lei nº. 8842, de 4 de janeiro de 1994, que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília. Recuperado em 31 agosto, 2011, de <http://www6.ufrgs.br/e-psico/subjetivacao/tempo/velhice-decreto-1948.html>

Brasil (2006). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília: Ministério da Saúde. *Cadernos de Atenção Básica*, n. 19. Recuperado em 3 maio, 2010, de http://dab.saude.gov.br/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad19.pdf

Brasil (2008). *Lei nº. 10.741, de 1º de outubro de 2003*. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Brasília: Secretaria Especial dos direitos humanos, Subsecretaria de Promoção e Defesa dos direitos Humanos.

Caldas, C. P. (2007). Teorias sociológicas do envelhecimento. In M. Papaléo Netto, *Tratado de Gerontologia* (2 ed., pp. 77-84). São Paulo: Atheneu.

Camarano, A. A. (2010). *Características das instituições de longa permanência para idosos – região Sudeste*. Brasília: IPEA; Presidência da República. (CD Room – Livro digital).

Canoas, C. S. (1975). *A condição humana do velho*. São Paulo: Cortez.

Carvalho, J. A. M., & Garcia, R. A. (2003, Maio/Junho). O envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico. *Cad. Saúde Pública*, 19(3), 725-733. Recuperado em 20 agosto, 2010, de <http://www.scielo.org/pdf/csp/v19n3/15876.pdf>

Catanach, L., & Tebes, J. K. (1991, Abril). The nature of Elder impairment and its impact on family caregiver's health and psychosocial functioning. *The Gerontologist*, 31 (2), 246-255.

Comunicado do IPEA. Série Eixos do desenvolvimento Brasileiro. N. 93. *Infraestrutura Social e Urbana no Brasil subsídios para uma agenda de pesquisa e formulação de políticas públicas* - Condições de funcionamento e infraestrutura das instituições de longa permanência para idosos no Brasil. 24 de maio de 2011. Governo Federal. Recuperado em 3 agosto, 2011, de http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/comunicado/110524_comunicadoipea93.pdf

Converso, M. E. R., & Iartelli, I. (2007). Caracterização e análise do estado mental e funcional de idosos institucionalizados em instituições públicas de longa permanência. *J. Bras. Psiquiatr.*, 56(4), 267-272. Recuperado em 18 maio, 2010, de <http://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v56n4/a05v56n4.pdf>

Cortelletti, I. A., Casara, M. B., & Herédia, V. B. M. (2010). *Idoso asilado: um estudo gerontológico* (2 ed.). Porto Alegre: Edipucrs.

Costa, E. F. de A. (2004). *Análise de soroprevalência para as infecções pelos vírus das hepatites B e C em idosos residentes em asilos no município de Goiânia (GO)*. Dissertação de Mestrado em medicina tropical, Instituto de Patologia Tropical e Saúde Pública, Universidade de Goiás, Goiânia.

Davim, R. M. B., Torres, G. V., Dantas, S. M. M., & Lima, V. M. (2004, Maio/Junho). Estudo com idosos de instituições asilares no município de Natal (RN): características socioeconômicas e de saúde. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 12 (3), 518-24.

Recuperado em 20 agosto, 2010, de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692004000300010
Davidoff, L. L. (2001). *Introdução à Psicologia* (3 ed.). São Paulo: Makron Books.

Debert, G. G. (1999). *A reinvenção da velhice: socialização e processos de privatização do envelhecimento*. São Paulo: Edusp.

Demogeot, J. (2009, Dezembro). Biological boundaries and biological age. *Acta Biotheor*, 57 (4), 397-418.

Falcão, D. V. da S. (Org.) (2010). *A família e o idoso: desafios da contemporaneidade*. Campinas: Papirus.

Falcão, D. V. da S., & Araújo, L. F. de (Orgs.) (2009). *Psicologia do envelhecimento: relações sociais, bem-estar subjetivo e atuação profissional em contextos diferenciados* (pp. 103-118). Campinas: Alínea.

Ferreira, Aurélio Buarque de Holanda (1993). *Minidicionário da língua portuguesa* (3 ed.). Rio de Janeiro: Nova Fronteira.

Folstein, M. F., Folstein, S. E., & McHugh, P. R. (1975, Novembro). Mini-Mental State: a practical method for grading the cognitive state of patients for clinician. *J. Psychiatr. Res.*, 12 (3), 189-198.

Garrido, R., & Menezes, P. R. (2002). O Brasil está envelhecendo: boas e más notícias por uma perspectiva epidemiológica. *Rev. Bras. Psiquiatr.*, 24 (Supl I), 3-6. Recuperado em 22 maio, 2010, de <http://www.scielo.br/pdf/rbp/v24s1/8849.pdf>

Gatz, M. (1995). Questions that aging puts to preventionists. In L. A. Bond, S. J. Cutler & A. Grams. (Eds.), *Promoting successful and productive aging*. Thousand Oaks: Sage Publications.

Groenwald, R. (2010). Idosos asilados do município de Canoas. In I. A. Cortelletti, M. B. Casara & V. B. M. Herédia, *Idoso asilado: um estudo gerontológico* (2 ed., pp. 117-135). Porto Alegre: Edipucrs.

Groisman, D. (1999). Velhice e história: perspectivas teóricas. *Cadernos do IPUB*, 1 (10), 43-56.

Haddad, E. G. M. (1986). *A ideologia da velhice*. São Paulo: Cortez.

Hareven, T. K. (1999). Novas imagens do envelhecimento e a construção social do curso de vida. *Cadernos Pagu* (13), Núcleo de Estudos de Gênero/UNICAMP, 11-35.

Hayflick, L., & Morehead, P. S. (1961, Dezembro). The serial cultivation of human diploid cell strains. *Exp. Cells Res.*, 25, 585-621, Recuperado em 18 agosto, 2010, de <http://www.cogforlife.org/Hayflick1961ExpCell.pdf>

Herédia, V. B. M., Casara, M. B., Cortelletti, I. A., Ramalho, M. H., Sassi, A., & Borges, M. N. (2004). A realidade do idoso institucionalizado. *Textos Envelhecimento*, 7 (2), 9-31. Recuperado em 15 maio, 2011, de http://revista.unati.uerj.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-59282004000200002&lng=pt&nrm=iso

IBGE. (2009). Comunicado Social de 1º de dezembro de 2009. *Participação dos idosos na população será quase igual à dos jovens em 2030*. Recuperado em 29 agosto, 2011, de http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=1507&id_pagina=1

IBGE. (2010). Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Diretoria de Pesquisas. Departamento de População, Anuário Estatístico do Brasil. *Censo Demográfico 2010*. Recuperado em 3 dezembro, 2010, de http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=1272&id_pagina

Kalache, A. (1987, Jul./Set.). Envelhecimento populacional no Brasil: uma realidade nova. *Cadernos de Saúde Pública*, 3(3), 217-220. Recuperado em 3 setembro, 2010, de <http://www.scielo.br/pdf/csp/v3n3/v3n3a01.pdf>

Karsch, U. S. M. (2003, Maio/Junho). Idosos dependentes: famílias e cuidadores. *Cad. Saúde Pública*, 19(3), 861-866. Recuperado em 7 setembro, 2009, de http://www.saude.sp.gov.br/resources/profissional/aceso_rapido/gtae/saude_pessoa_idosa/karsch2003.pdf

Katz, S. (1996). *Disciplining Old Age: the formation of the gerontological knowledge*. Charlottesville: University Press of Virginia. Recuperado em 12 setembro, 2011, de http://books.google.com.br/books?id=n5QpKHXL0hQC&pg=PA1&lpg=PA1&dq=katz,+1996+-+disciplining+old+age:+the+formation+of+the+gerontological+knowledge&source=bl&ots=A1FIgcR7Li&sig=G8vKR4E5FRnc2pYY1KR7FH5eo3c&hl=pt-BR&ei=22luTvfUM5C5tgeD6rWzDA&sa=X&oi=book_result&ct=result&resnum=1&ved=0CCMQ6AEwAA#v=onepage&q&f=false

Khoury, H. T. T.; Rêgo, R. C. C. S.; Silva, J. C., Silva, A. de L.; Novaes, V. R.; Sanches, T. R. et al. (2009). Bem-estar subjetivo de idosos residentes em instituições de longa permanência. In D. V. S. Falcão & L. F. de Araújo. (Orgs.), *Psicologia do envelhecimento: relações sociais, bem-estar subjetivo e atuação profissional em contextos diferenciados* (pp. 103-118). Campinas: Alínea.

Lacerda, J. A., Moreira, L. D., Souza, L. L. C., Santos, E. V., Araújo, T. L. M., & Bruno, R. X. (2010, Março/Abril). Capacidade de idosos institucionalizados para realizar atividades instrumentais de vida diária. *Revista Inspirar: Movimento & Saúde*, 2 (2), 29-34. Recuperado em fevereiro, 2011, de http://www.inspirar.com.br/revista/wp-content/uploads/2010/04/revista_cientifica_inspirar_edicao_5_mar_abr_2010.pdf 15

Lawton, M. P., & Brody, E. M. (1969). Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist*, 9 (3), 179-186.

- Lenardt, M. H., Michel, T., Wachholz, P. A., Borghi, A. S., & Seima, M. D. O. (2009). Desempenho de idosas institucionalizadas no Mini-Exame do Estado Mental. *Acta Paul Enferm*, 22(5), 638-44. Recuperado em 5 fevereiro, 2011, de <http://www.scielo.br/pdf/ape/v22n5/07.pdf>
- Lopes, M. A., & Bottino, C. M. (2002). Prevalência de demência em diversas regiões do mundo: análise dos estudos epidemiológicos de 1994 a 2000. *Arq. Neuropsiquiatr.*, 60 (1), 61-69.
- Lourenço, R. A., & Veras, R. P. (2006). Mini-Exame do Estado Mental: características psicométricas em idosos ambulatoriais. *Rev. Saúde Pública*, 40(4), 712-719.
- McFall, S., & Miller, B. H. (1992). Caregiver burden and nursing home admission of frail elderly patients. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 47 (2), S73-79.
- Mendes, M. R. S. S. B., Gusmão, J. L., Faro, A. C. M., & Leite, R. C. B. O. (2005). A situação social do idoso no Brasil: uma breve consideração. *Acta Paul Enferm*, 18 (4), 422-426. Recuperado em 17 setembro, 2010, de <http://www.scielo.br/pdf/ape/v18n4/a11v18n4.pdf>
- Michael, M. H. (2005). *Metodologia e pesquisa científica em ciências sociais*. São Paulo: Atlas.
- Minas Gerais (2006). Secretaria de Estado de Saúde. *Atenção à saúde do idoso*. Belo Horizonte: SAS/MG. Recuperado em 3 maio, 2010, de <http://www.saude.mg.gov.br/publicacoes/linha-guia/linhas-guia/LinhaGuiaSaudeIdoso.pdf>
- Moraes, E. N. (2010). *Incapacidade cognitiva: abordagem diagnóstica e terapêutica das demências no idoso* (Vol. 2). Belo Horizonte: Folium. (Coleção Guia de Bolso em Geriatria e Gerontologia).
- Morais, E. P., Rodrigues, R. A. P., & Gerhardt, T. E. (2008, Abril/Junho). Os idosos mais velhos no meio rural: realidade de vida e saúde de uma população do interior gaúcho. *Texto Contexto Enferm*, 17(2), 374-83. Recuperado em 10 agosto, 2010, de <http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n2/21.pdf>
- Mota, M. P., Figueiredo, P. A., & Duarte, J. A. (2004). Teorias biológicas do envelhecimento. *Revista Portuguesa de Ciências do Desporto*, 4 (1), 81-110. Recuperado em 22 julho 2010, de http://www.fade.up.pt/rpcd/_arquivo/artigos_soltos/vol.4_nr.1/Paula_Mota.pdf
- Moreno, A., & Veras, R. (1999). O idoso e as instituições asilares no município do Rio de Janeiro. *Gerontologia*, 7 (4), 167-177.
- Neri, A. L. (2007a). Paradigmas e teorias em psicologia do envelhecimento. In M. Papaléo Netto, *Tratado de Gerontologia* (2 ed., pp. 57-76). São Paulo: Atheneu.
- Neri, A. L. (Org.) (2007b). *Idosos no Brasil: vivências, desafios e expectativa na Terceira Idade*. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, SESC/SP.
- Neri, A. L. (2008). *Palavras-chave em Gerontologia* (3 ed.). São Paulo: Alínea.

- Oliveira, J. H. B. (2008). *Psicologia do envelhecimento e do idoso* (3 ed.). São Paulo: Legis.
- Oliveira, M. M. de (2008). *Como fazer pesquisa qualitativa* (2 ed.). Petrópolis: Vozes.
- OPAS. *Organização Pan-Americana da Saúde*. Recuperado em 15 agosto, 2009, de <http://www.opas.org.br>
- Papalia, D. E., Olds, S. W., & Feldman, R. D. (2006). *Desenvolvimento humano* (D. Bueno, Trad. 8 ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Paula, F. L. (2010). *Envelhecimento e quedas de idosos*. Rio de Janeiro: Apicuri.
- Paula, J. J., Schlottfeldt, C. G., Moreira, L., Cotta, M., Bicalho, M. A., & Romano-Silva, M. A. et al. (2010). Propriedades psicométricas de um protocolo neuropsicológico breve para uso em populações geriátricas. *Rev. Psiq. Clín.*, 37(6), 246-250. Recuperado em 29 setembro, 2010, de <http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/vol37/n6/251.htm>
- Peixoto, C. (2006). Entre o estigma e a compaixão e os termos classificatórios: velhos, velhote, idoso, Terceira Idade. In L. de Barros (Org.), *Velhice ou Terceira Idade?* (4 ed., pp. 69-84). Rio de Janeiro: FGV.
- Pollo, S. H. L., & Assis, M. (2008). Instituições de Longa Permanência para Idosos – ILPIs: desafios e alternativas no município do Rio de Janeiro. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.*, 11 (1). Recuperado em 18 setembro, 2009, de http://www.unati.uerj.br/tse/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s1809-98232008000100004&lng=pt&nrm=iso
- Quaresma, M. L. B. (2006). Envelhecimento: questões de gênero. In B. Corte, E. F. Mercadante & I. G. Arcuri, *Envelhecimento e velhice: um guia para a vida* (Vol. 2, pp. 49-76). São Paulo: Vetor.
- Ramos, L. R., Rosa, T. E. C., Oliveira, Z. M., Medina, M. C. G., & Santos, F. R. G. (1993). Perfil do idoso em área metropolitana na região Sudeste do Brasil. *Rev. Saúde Pública*, 27 (2), 87-94. Recuperado em 16 setembro, 2010, de <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v27n2/03.pdf>
- Sagaza, H. (2003). Living arrangements of the elderly in Japan. In Japan Ageing Research Centre (Ed.), *Ageing in Japan 2003*, (pp. 105-120). Tokyo: Japanese Ageing Research Centre.
- Salgado, M. A. (1982). *Velhice, uma nova questão social*. São Paulo: SESC.
- Santos, T. S. S. (2009, Jan./Jun.). Do artesanato intelectual ao contexto virtual: ferramentas metodológicas para a pesquisa social. *Sociologias*, Porto Alegre, 11(21), 120-121.
- Santos, R. L., & Virtuoso Júnior, J. S. (2008). Confiabilidade da versão brasileira da escala de atividades instrumentais da vida diária. *RBPS*, 21 (4), 290-296. Recuperado em 22 junho, 2011, de http://www.unifor.br/images/pdfs/pdfs_notitia/2974.pdf
- Scharfstein, E. A. (2006). *Instituições de longa permanência: uma alternativa de moradia para os idosos brasileiros na vida contemporânea*. Tese de doutoramento, Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro. Recuperado em 10

agosto, 2010, de
http://www.psicologia.ufrj.br/pos_eicos/pos_eicos/arqanexos/arqteses/eloisaadler.pdf

Simões, R. (1994). *Capacidade e terceira idade: a marginalização do corpo idoso* (2 ed.). Piracicaba: Unimep.

Steinbach, U. (1992, Julho). Social networks, institutionalization, and mortality among elderly people in the United States. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 47 (4), S183-190.

Terra, N. L., Bós, A. J. G., Bonardi, G., Dickel, S. G. F., Mohr, C. C., Mallmann, L., et al. (2009, Janeiro/Março) Diferenças biopsicossociais entre idosos de instituição asilar particular e filantrópica da cidade de Porto Alegre. *Scientia Medica*, Porto Alegre, 19 (1), 3-10. Recuperado em 15 fevereiro, 2011, de
<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/scientiamedica/article/viewFile/4188/3851>

Turato, E. R. (2005). Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. *Rev. Saúde Pública*, 39 (3), 507-514.

Wilkins, S., Law, M., & Lets, L. (2001). Assessment of functional performance. In B. R. Bonder, V. D. B. Hass & M. B. Wagner, *Functional performance in older Adults* (3 ed., pp. 236-51). Philadelphia: F. A. Davis Company.

ANEXOS

ANEXO A**ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA PARA OBTENÇÃO DE
DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS E QUESTÕES ABERTAS SOBRE
ENVELHECIMENTO**

Nome: _____	
Instituição: _____	Data de nascimento: ____/____/____ Idade: ____
Sexo: (1) Masc. (2) Fem. Estado Civil: _____	Escolaridade: _____ Total de anos estudados: ____
Início: _____ Término: _____	Tempo da entrevista: _____ Data da entrevista: _____
Assinatura do TCLE: (1) Sim (2) Não ENTREVISTADORA: _____	

- a) O que o (a) senhor (a) pensa a respeito do envelhecimento?
- b) Complete a frase: Envelhecer é...
- c) De que maneira gostaria de envelhecer?
- d) Como é envelhecer em uma instituição? Destaque pontos positivos e negativos.
- e) Se pudesse escolher, em que local gostaria de envelhecer?

ANEXO B

MINI-EXAME DO ESTADO MENTAL (MEEM)

ORIENTAÇÃO NO TEMPO	ANOTAR RESPOSTAS	PONTUAÇÃO
1 a.Qual o dia da semana?		1a. 0 1
1 b.Qual o dia do mês?		1b. 0 1
1 c.Em que mês nós estamos ?		1c. 0 1
1 d.Em que ano nós estamos ?		1d. 0 1
1 e.Qual a hora aproximada?		1e. 0 1
ORIENTAÇÃO NO ESPAÇO		
2 a.Que local é este (específico= aposento ou setor)		2a. 0 1
2 b.Que instituição (genérico = residência, hospital...)		2b. 0 1
2 c.Em que bairro (ou rua próxima) nós estamos?		2c. 0 1
2 d.Que cidade é essa?		2d. 0 1
2 e.Estado?		2e. 0 1
MEMÓRIA IMEDIATA: <i>Preste atenção. Eu vou dizer três palavras o (a) sr(a) vai repeti-las quando eu terminar. As palavras são: CARRO (pausa), VASO (pausa), BOLA (pausa). Agora, repita as palavras para mim. Permita 5 tentativas, mas pontue apenas a primeira.</i>	CARRO VASO BOLA	3a. 0 1 3b. 0 1 3c. 0 1
ATENÇÃO E CÁLCULO [Série de 7] Agora eu gostaria que o (a) Sr.(a) subtraísse 7 de 100 e do resultado subtraísse 7. Vamos fazer umas contas de subtração [pausa]. Vamos começar: quanto é 100 menos 7? Se não atingir o escore máximo, peça: Soletre a palavra MUNDO. Corrija os erros de soletração e então peça: Agora, soletre a palavra MUNDO de trás para frente (O.D.N.U.M.)	93____ 86____ 79____ 72____ 65____ ____ _ O D N U M Dê 1 ponto p/ cada letra na posição correta.	4a. 0 1 4b. 0 1 4c. 0 1 4d. 0 1 4e. 0 1 Pt do cálculo: ____ Pt do mundo: ____ Considere o maior resultado.
MEMÓRIA DE EVOCAÇÃO: Quais foram as três palavras que pedi que o (a) sr. (a) memorizasse?	CARRO VASO BOLA	6a. 0 1 6b. 0 1 6c. 0 1
LINGUAGEM: Aponte 1 caneta e 1 relógio. Pergunte: O que é isto? (lápiz) O que é isto? (relógio)	_____ _____	7a. 0 1 7b. 0 1
“Agora eu vou pedir para o (a) Sr. (a) repetir o que eu vou dizer. Certo? Então repita”: “NEM AQUI, NEM ALI, NEM LÁ”.	_____	8. 0 1
“Preste atenção, pois eu só vou falar uma vez. Pegue este papel com a mão direita [pausa], com as duas mãos, dobre-o ao meio uma vez [pausa] e, em seguida, coloque-o no chão”. Pegar com a mão direita Dobrar ao meio Colocar no chão	_____ _____ _____	9a. 0 1 9b. 0 1 9c. 0 1
“Por favor, escreva uma frase simples”.	_____	10. 0 1
“Por favor, leia isto e faça o que está escrito no papel” (Mostre ao examinado a folha: (FECHE OS OLHOS)	_____	11. 0 1
Peça: “Por favor, copie este desenho” (anexo).		12. 0 1

ANEXO C

**ESCALA DE ATIVIDADES INSTRUMENTAIS DE VIDA DIÁRIA (AIVD) DE
LAWTON-BRODY**

1. TELEFONE	1. O (A) senhor (a) consegue usar o telefone?	Capaz de ver os números, discar, receber e fazer ligações sem ajuda.	3
		Capaz de responder o telefone, mas necessita de um telefone especial ou de ajuda para encontrar os números ou para discar.	2
		Completamente incapaz no uso do telefone.	1
2. VIAGENS	O (A) senhor (a) consegue viajar para locais distantes sem necessidade de acompanhantes?	Capaz de dirigir seu próprio carro ou viajar sozinho de ônibus ou táxi.	3
		Capaz de viajar exclusivamente acompanhado.	2
		Completamente incapaz de viajar.	1
3. COMPRAS	O (A) senhor (a) consegue fazer compras?	Capaz de fazer compras se fornecido transporte.	3
		Capaz de fazer compras exclusivamente acompanhado.	2
		Completamente incapaz de fazer compras.	1
4. PREPARO DE REFEIÇÕES	O (A) senhor (a) consegue preparar suas próprias refeições?	Capaz de planejar e cozinhar refeições completas.	3
		Capaz de preparar pequenas refeições, mas incapaz de cozinhar refeições completas sozinho.	2
		Completamente incapaz de preparar qualquer refeição.	1
5. ARRUMAR A CASA	O (A) senhor (a) consegue arrumar a casa?	Capaz de arrumar sem ajuda	3
		Capaz de arrumar com ajuda parcial	2
		Não consegue arrumar a casa	1
6. TRABALHO DOMÉSTICO	O (A) senhor (a) consegue fazer os trabalhos manuais domésticos, como pequenos reparos?	Capaz de realizar trabalho doméstico pesado (como esfregar o chão).	3
		Capaz de realizar trabalho doméstico leve, mas necessita de ajuda nas tarefas pesadas.	2
		Completamente incapaz de realizar qualquer trabalho doméstico.	1
7. PASSAR ROUPAS	O (A) senhor(a) consegue lavar e passar sua roupa?	Capaz de passar roupas sem ajuda	3
		Capaz de passar as roupas, mas necessita de ajuda parcial	2
		Não é capaz de passar as roupas	1
8. MEDICAÇÃO	O (A) senhor (a) consegue tomar seus remédios na dose e horário corretos?	Capaz de tomar os remédios na dose certa e na hora certa.	3
		Capaz de tomar os remédios mas necessita de lembretes ou de alguém que os prepare.	2
		Completamente incapaz de tomar os remédios sozinho.	1
9. DINHEIRO	O (A) senhor (a) consegue cuidar de suas finanças?	Capaz de administrar suas necessidades de compra, preencher cheques e pagar contas sem ajuda.	3
		Capaz de administrar suas necessidades de compra diária, mas necessita de ajuda com cheques e no pagamento de contas.	2
		Completamente incapaz de administrar dinheiro.	1
Máximo: 27pontos	TOTAL: _____		

ANEXO D

PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
PRO-REITORIA DE PESQUISA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP/UFJF
36036900- JUIZ DE FORA - MG - BRASIL

Parecer nº 308/2009

Protocolo CEP-UFJF: 1904.248.2009 **FR:** 295061 **CAAE:** 4437.0.000.180-09

Projeto de Pesquisa: A percepção do envelhecimento em Instituições de Longa Permanência.

Versão do Protocolo e Data: Primeira versão, 20/10/2009.

Area Temática: Grupo III.

Pesquisador Responsável: Maria Elisa Caputo Ferreira.

TCLE: Primeira versão, 20/10/2009.

Pesquisador Participante: Jimilly Caputo Corrêa.

Instituição: Residencial Santa Catarina.

Sumário/comentários do protocolo:

- Justificativa(s): Trata-se de temática relevante para o avanço científico sobre a percepção do envelhecimento de idosos pertencentes a instituições de longa permanência.
- Objetivo(s): O objetivo geral é avaliar a percepção que o idoso em instituição de longa Permanência possui em relação ao envelhecimento.
- Metodologia: Serão avaliados 40 idosos, de ambos os sexos, institucionalizados, com capacidade funcional preservada. Serão aplicados questionários que não apresentam constrangimento aos voluntários da pesquisa.
- Revisão e referências: As referências apresentadas sustentam a justificativa e metodologia do estudo.
- Lista de centros participantes no Brasil: Um.
- Países participantes: Brasil.
- Orçamento: O orçamento contempla o desenvolvimento da pesquisa e será custeado pela pesquisadora.
- Cronograma: O cronograma está adequado para o desenvolvimento da pesquisa.
- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE: Está em linguagem adequada, clara para compreensão do sujeito, descrição suficiente dos procedimentos, explicitação de riscos e desconfortos esperados, ressarcimento de despesas, indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa, informa o sujeito da pesquisa sobre reações adversas, forma do sujeito fazer contatos com o pesquisador informando que está de acordo com a Res. 196/96 CNS.
- Qualificação da pesquisadora: A pesquisadora Doutora apresenta experiência para o pleno desenvolvimento da pesquisa.
- Salientamos que o pesquisador deverá encaminhar a este comitê o relatório final da pesquisa.

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/UFJF, de acordo com as atribuições definidas na Res. CNS 196/96, manifesta-se pela aprovação do protocolo de pesquisa proposto.

Situação: Projeto Aprovado
Juiz de Fora, 19 de novembro de 2009


Prof. Dr. Alfredo Chaoubah
Coordenador em Exercício – CEP/UFJF

RECEBI DATA: ____/____/2009 ASS: _____
--

ANEXO E**CARTA DE APRESENTAÇÃO DA PESQUISADORA À INSTITUIÇÃO**

São Paulo, _____ de 2009.

Ilmo (a) Sr.(a) _____

Instituição: _____

Prezado (a) Sr. (a),

Estamos desenvolvendo o projeto de pesquisa “A Percepção do Envelhecimento em Instituições de Longa Permanência”, vinculado à Universidade Federal de Juiz de Fora. O objetivo do referido estudo é avaliar a percepção que o idoso em Instituição de Longa Permanência possui em relação ao envelhecimento. A realização desta pesquisa é importante por fornecer dados que permitam a criação de alternativas de intervenção e poderá propor ações políticas na área da Psicologia.

Dessa forma, vimos solicitar aos senhores a permissão para que a portadora desta, JIMILLY CAPUTO CORRÊA, pesquisadora acadêmica e candidata ao Mestrado em Psicologia da Universidade Federal de Juiz de Fora, portadora da Carteira de Identidade nº. MG_____ tenha acesso a esta instituição e possa realizar junto aos idosos selecionados pelos senhores as entrevistas necessárias ao desenvolvimento deste estudo.

Cumpramos esclarecer que todos os cuidados éticos serão tomados, sigilo absoluto sobre as informações coletadas, não interferência nas atividades rotineiras da instituição, não causando, assim, danos para o idoso nem para a Instituição de Longa Permanência.

A acadêmica deverá levar consigo o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em duas vias, sendo que uma ficará com o idoso e a outra com a pesquisadora.

Colocamo-nos à disposição para quaisquer informações que se fizerem necessárias.

Na certeza de sua atenção, agradecemos,

Atenciosamente,

Orientadora do Projeto: Maria Elisa Caputo Ferreira

ANEXO F**CARTA DE ACEITE DA INSTITUIÇÃO**

Eu _____, possuidor da identidade nº _____, responsável pela Instituição _____ concordo que a pesquisadora do projeto “A Percepção do Envelhecimento em Instituições de Longa Permanência”, Jimilly Caputo Corrêa, pesquisadora acadêmica e candidata ao Mestrado em Psicologia da Universidade Federal de Juiz de Fora, carteira de identidade nº. MG_____ realize as entrevistas com os idosos desta Instituição.

Para isso, permitirei que a acadêmica tenha acesso às dependências deste estabelecimento. Tenho pleno conhecimento de que todas as informações obtidas neste trabalho de observação serão mantidas sob o mais absoluto sigilo, e que serão apresentados de acordo com o Código de Ética Profissional do Psicólogo e com a Resolução Nacional sobre Pesquisa com Seres Humanos do Conselho Nacional de Saúde no Brasil, sem fazer referências a situações individuais.

A qualquer momento, posso e tenho o direito de suspender a participação da estudante desta faculdade, apresentando justificativa prévia à pesquisadora supracitada.

São Paulo, _____

Diretor (a)

RG: _____

Telefone para contato: _____

ANEXO G

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

PESQUISADOR RESPONSÁVEL: MARIA ELISA CAPUTO FERREIRA
ENDEREÇO: RUA PADRE FREDERICO, 180 – SANTA CATARINA
CEP: 36036-150 – JUIZ DE FORA – MG
FONE: (32) 32113655 ou (32) 32293291.
E-MAIL: caputoferreira@terra.com.br

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O (A) Sr. (a) está sendo convidado (a) como voluntário (a) a participar da pesquisa “A Percepção do Envelhecimento em Instituições de Longa Permanência”. Pretendemos realizar um estudo dos aspectos ligados ao envelhecimento.

O motivo que nos leva a estudar este tema é produzir conhecimentos sobre a percepção dos idosos em relação ao envelhecimento em Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs), além de permitir a criação de alternativas de intervenção e propostas de ações políticas na área da Psicologia. Para este estudo, adotaremos os seguintes procedimentos

- **METODOLOGIA:** inicialmente, será explicado como será realizada a pesquisa e a leitura deste termo e, posterior concordância, o (a) Sr (a). será convidado (a) a responder a instrumentos de avaliação dos aspectos funcionais e cognitivos. Posteriormente o (a) Sr.(a) será convidado (a) a participar de uma entrevista, a qual será gravada e transcrita na íntegra para posterior análise. Depois de analisada, a fita contendo as informações será destruída.
- **RISCOS:** ao participar desta pesquisa, o (a) Sr.(a) terá um risco mínimo, ou seja, o mesmo presente em atividades rotineiras como conversar, ler, caminhar, etc. Não haverá difamação, calúnia ou qualquer dano moral.
- **BENEFÍCIOS:** o (a) Sr.(a) contribuirá para produzir conhecimentos sobre a percepção dos idosos em relação ao envelhecimento em ILPIs, além de permitir a criação de alternativas de intervenção e propostas de ações políticas na área da Psicologia. Para este estudo, adotaremos os seguintes procedimentos:
- **RESSARCIMENTO:** caso haja algum risco/prejuízo à saúde, o mesmo será ressarcido pela pesquisadora responsável.

Para participar deste estudo, você não terá nenhum custo nem receberá qualquer vantagem financeira. Você será esclarecido (a) sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se a participar. Poderá retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que é atendido (a) pelo pesquisador.

O pesquisador tratará sua identidade com padrões profissionais de sigilo.

Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão.

O (A) Sr. (a) não será identificado (a) em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo.

Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma cópia será arquivada pelo pesquisador responsável, na Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF) e a outra será fornecida a você.

Eu, _____, portador (a) do documento de Identidade _____ fui informado (a) dos objetivos do estudo “A Percepção do Envelhecimento em Instituições de Longa Permanência”, de maneira clara e detalhada, e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar.

Declaro que concordo em participar deste estudo. Recebi uma cópia deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

São Paulo, _____ de _____ de 2009.

Nome	Assinatura participante	Data
------	-------------------------	------

Nome	Assinatura pesquisador	Data
------	------------------------	------

Nome	Assinatura testemunha	Data
------	-----------------------	------

Em caso de dúvidas com respeito aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o
 COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA (CEP) DA UFJF
 CAMPUS UNIVERSITÁRIO DA UFJF
 PRÓ-REITORIA DE PESQUISA
 CEP: 36.036.900
 FONE: 32 3229 3788
 E-MAIL: cep.propesq@ufjf.edu.br

ANEXO H

Tabela 1 – Frequência de cada ILPI

ILPIs	ILPI 1 - JF	ILPI 2 - JF	ILPI 3 - SP	ILPI 4 - SP
TIPO	Filantropica	Particular	Filantropica	Particular
CAPACIDADE DE IDOSOS NA ILPI	130	24	64	112
QUANTIDADE DE IDOSOS NA ILPI	→ 64 Homens 130 → 66 Mulheres	→ 4 Homens 20 → 16 Mulheres	→ 20 Homens 64 → 44 Mulheres	→ 24 Homens 93 → 69 Mulheres
QUANTIDADE DE IDOSOS ENTREVISTADOS				
total	35 (26,92% do total)	9 (45% do total)	20 (31,25% do total)	66 (70,97% do total)
homem	71,4% (n=25) (39,06% do total)	22,2% (n=2) (50% do total)	30% (n=6) (30% do total)	24,20% (n=16) (66,67% do total)
mulher	28,6% (n=10) (15,15% do total)	77,8% (n=7) (43,75% do total)	70% (n=14) (31,82% do total)	75,8% (n=50) (72,46% do total)
MÉDIA DE IDADE				
geral	73,40 anos (DP= 8,61)	78,11 anos (DP= 8,67)	78,85 anos (DP= 7,05)	84,24 anos (DP= 9,27)
homem	73,00 anos (DP= 8,75)	78,00 anos (DP= 18,38)	80,00 anos (DP= 10,20)	81,19 anos (DP= 11,03)
mulher	74,40 anos (DP= 8,63)	78,14 anos (DP= 6,62)	78,36 anos (DP= 5,64)	85,22 anos (DP= 8,53)
FAIXA ETÁRIA				
Idosos jovens	n=15, média de idade: 65,33 (DP= 3,09) anos	n=1, idade: 65 anos	n=2, média de idade: 68,00 anos (DP= 1,41)	n=6, média de idade: 63,50 anos (DP= 3,27)
idosos-médios	n=8, média de idade: 73,00 (DP= 2,56) anos	n=4, média de idade: 73,50 (DP= 3,32) anos	n=9, média de idade: 77,89 anos (DP= 2,98)	n=5, média de idade: 71,20 anos (DP= 1,30)
idosos-idosos	n=12, média de idade: 83,75 (DP= 2,67) anos	n=4, média de idade: 86,00 (DP= 4,55) anos	n=9, média de idade: 85,22 anos (DP= 4,02)	n=55, média de idade: 87,69 anos (DP= 5,16)

ESCOLARIDADE				
média geral (anos estudados)	4,57 anos (DP= 3,70)	2,67 anos (DP= 0,87)	2,60 anos (DP= 1,96)	5,98 anos (DP= 1,69)
homem (média)	4,36 anos (DP= 3,07)	6,00 anos (DP= 2,83)	2,00 anos (DP= 1,90)	6,00 (DP= 1,51) anos
mulher (média)	5,10 anos (DP= 5,13)	7,29 anos (DP= 4,07)	2,86 anos (DP= 1,99)	5,98 anos (DP= 1,75)
analfabetos	14,3% (n= 5)	n=0	n=3	n=0
nível de instrução primário (1 a 4 anos)	51,43% (n=18)	44,4% (n=4)	75,0% (n=15)	13,64% (n=9)
12 ou mais anos de escolaridade	8,57% (n=3)	22,22% (n=2), 10 ou mais anos de escolaridade	5% (n=1), 8 anos de escolaridade	63,64% (n=42)
ESTADO CIVIL				
casado	n=1 (2,9%)	n=0	n=1 (5%)	n=6 (9,1%)
viúvo	n=5 (14,3%)	n=5 (55,6%)	n=9 (45%)	n=45 (68,2%)
separado/divorciado	n=11 (31,4%)	n=2 (22,2%)	n=4 (20%)	n=3 (4,5%)
solteiro	n=18 (51,4%)	n=2 (22,2%)	n=6 (30%)	n=12 (18,2%)
CAPACIDADE COGNITIVA (MEEM)				
média geral	20,11 (DP= 5,43) pontos	23,00 (DP= 3,12) pontos	17,95 (DP= 7,34) pontos	24,47 (DP= 5,27) pontos
homem (média)	19,80 (DP= 5,52) pontos	25,50 (DP= 3,53) pontos	18,33 (DP= 8,29) pontos	25,75 (DP= 4,49) pontos
mulher (média)	20,90 (DP= 5,38) pontos	22,29 (DP= 2,87) pontos	17,79 (DP= 7,22) pontos	24,06 (DP= 5,47) pontos
abaixo do ponto de corte	68,57% (n=24)	11,11% (n=1)	65% (n=13)	31,81% (n=21)
CAPACIDADE FUNCIONAL (LAWTON)				
média geral	19,46 (DP= 3,64) pontos	19,11 (DP= 3,98) pontos	13,70 (DP= 6,74) pontos	19,21 (DP= 6,78) pontos
independente	n=25 (71,43%)	n=3 (33,33%)	n=5 (25%)	n=34, (51,53%) / n=16 com pontuação máxima (27 pontos)
dependente parcial	n=10 (28,57%)	n=6 (66,67%)	n=4 (20%)	n= 27 (40,90%)
dependente	n=0	n=0	n=11 (55%)	n=5 (7,57%)
homem (média)	19,72 (DP= 3,23) pontos	17,00 (DP= 1,41) pontos	14,50 (DP= 7,23) pontos	18,81 (DP= 6,92) pontos
mulher (média)	18,80 (DP= 4,64) pontos	19,71 (DP= 4,35) pontos	13,36 (DP= 6,78) pontos	19,34 (DP= 6,80) pontos